

DU
PNEUMOTHORAX PROLONGÉ
CHEZ LES TUBERCULEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS BRICAGE

Né le 23 Juillet 1845, à Dijon (Côte-d'Or)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1894

DU
PNEUMOTHORAX PROLONGÉ
CHEZ LES TUBERCULEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS BRICAGE

Né le 23 Juillet 1845, à Dijon (Côte-d'Or)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	X.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. MAYET, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. ROQUE et DEVIC, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

JE DÉDIE CETTE THÈSE

A MES FILS

Raphaël, Docteur en Médecine.

Abel, Étudiant Pharmacien de 1^{re} classe.

Frédéric, Étudiant en Médecine.

Gabriel, Élève à l'École des Hautes Études Commerciales, à
Paris.

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR MAYET

qui nous a fait l'honneur de présider notre thèse.

A M. LE DOCTEUR BARD

ANCIEN PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
MÉDECIN DES HÔPITAUX

qui nous a inspiré le sujet de notre travail, qui nous a guidé avec
bienveillance dans nos recherches et nous a fourni deux obser-
vations remarquables.

A MM. DEVIC ET ROQUE

PROFESSEURS AGRÉGÉS

que nous avons écoutés avec tant de charme lors de notre séjour si
court à Lyon.

DU

PNEUMOTHORAX PROLONGÉ

CHEZ LES TUBERCULEUX

PRÉLIMINAIRES

DÉFINITION. — HISTORIQUE

I. Définition.

Nous entendons par *pneumothorax tuberculeux prolongé* celui qui, après la première période d'accidents graves du début, s'améliore d'une façon marquée, conduit à un état stationnaire prolongé et même, dans certains cas, manifeste quelque tendance à la guérison.

Il est vrai que, quelquefois, la période de début est pour ainsi dire insidieuse, et c'est par hasard qu'on constate les signes de l'épanchement hydroaérique; mais, dans la généralité des cas, le début est bien marqué et n'échappe ni au malade, ni à son entourage, ni au médecin.

Le plus souvent, le pneumothorax amène la mort dans le délai moyen de quinze jours; d'après West, 75 pour 100

meurent dans la première quinzaine; quelques-uns se prolongent jusqu'à six semaines à deux mois sans qu'il y ait eu d'amélioration notable. Ces pneumothorax ne méritent pas le nom de *pneumothorax prolongé*. Pour qu'il soit dit *prolongé*, il faut que le pneumothorax présente deux conditions bien déterminées:

1° Une *durée* assez longue, trois mois en moyenne (nous citerons quelques observations où la durée fut moindre ou un peu plus longue);

2° Une *amélioration* notable, prolongée, et même une *tendance à la guérison*.

D'autre part, nous voulons limiter cette étude au pneumothorax généralisé et produit d'emblée. Nous laisserons donc de côté le pneumothorax partiel et les pneumothorax consécutifs à des pleurésies purulentes suivies de vomique. Les uns et les autres, en effet, constituent des types cliniques très différents de celui que nous avons en vue. Le pneumothorax prolongé, dû à la rupture dans la cavité pleurale d'une caverne ou à la fonte purulente d'un tubercule, est un type clinique bien spécial.

II. Historique.

Il y a une quarantaine d'années, on considérait comme mortel tout pneumothorax survenant dans le cours de la tuberculose; et, parmi les maladies qui viennent compliquer cette affection déjà si redoutable par elle-même, il

n'en était pas de plus émouvante, ni de plus solennelle que la perforation du poumon et l'épanchement d'air dans la plèvre.

Ce qui a frappé le plus, c'est la rapidité avec laquelle se précipitent les événements quand une fistule pleuro-pulmonaire vient de s'établir. Les auteurs se sont plu à noter la durée de cette terrible complication, les statistiques abondent; nous en reproduirons quelques-unes pour faire contraste avec les observations que nous publierons plus loin.

Sur 51 cas de pneumothorax tuberculeux observés par Saussier, la durée a été :

5 fois de quelques heures à un jour ;
14 — de 1 à 10 jours ;
11 — de 10 jours à 1 mois ;
21 — de plus d'un mois.

West, qui en a réuni 47 cas, a constaté que le décès est survenu :

Au bout de 20 minutes	1 fois.
— 30 —	1 —
— quelques heures	8 —
Pendant le premier septenaire.	8 —
Pendant le deuxième septenaire	21 —
Sans date précise, mais dans la première quinzaine .	8 —

Dans les 44 cas mortels de Weil la mort est survenue :

Le 1 ^{er} jour	8 fois	}	31
— 3 ^e —	1 —		
— 4 ^e —	3 —		
Pendant le 2 ^e septenaire	6 —		
— 3 ^e —	5 —	}	7
— 2 ^e mois	8 —		
— 3 ^e et 4 ^e mois	5 —		
— 5 ^e mois	2 —		
— 7 ^e —	1 —	}	6
— 9 ^e —	1 —		
— 10 ^e —	1 —		
— 17 ^e —	1 —		
Au bout de 2 ans	1 —	}	
— 2 ans 1/2	1 —		

Voilà certes bien de quoi effrayer le médecin. Cependant quelques auteurs portèrent leur attention d'une façon plus spéciale sur les cas qui se prolongeaient des mois, et un certain nombre d'entre eux rapportèrent des observations de guérison. Nous nous contenterons de citer ici le nom de Laennec, d'Andral, de Beau, de Richeteau et Legendre, de Chalmers et Culman. Barlow rapporta un cas de pneumothorax qui dura trois ans et demi.

On oublia bientôt ces cas isolés, à ce point que Saussier regardait le pneumothorax comme entraînant constamment la mort chez les tuberculeux; et dans le *Traité de l'aspiration* de Dieulafoy, on trouve cette phrase : « Si le pneumothorax est sous la dépendance du tubercule, il est presque inutile d'entreprendre le traitement. »

En 1853, Woillez essaya de réagir contre ce que cette croyance avait d'excessif. Vinrent ensuite les remarquables observations de Béhier. Dans ses cliniques médicales, il cite plusieurs faits absolument probants. Etant interne d'Andral, il a vu un malade qui, quatre mois et demi après le début de son pneumothorax, sortit guéri de l'hôpital; un de ses phtisiques survécut deux mois et demi; il parle d'un malade de Woillez qui survécut huit mois. C'est de là qu'il établit sa théorie de l'influence favorable de l'épanchement pleural sur la tuberculose pulmonaire, due à la compression de l'organe de la respiration par le liquide qui l'environne, qui l'immobilise, qui le met dans un état spécial de ralentissement de la nutrition impropre au développement des tubercules. Nous n'avons pas ici à juger cette question, reprise plus tard par Hérard (in. *Union médicale*, t. XXXI) et par Toussaint (Th. Paris 1880). Nous dirons seulement que le malade, chez lequel Cayley avait produit un hydropneumothorax artificiel, mourut cinq jours après, et qu'on voit des choses aussi curieuses qu'inexpliquées chez les poitrinaires.

En 1872, Czernicki publia deux cas de guérison. Puis, apparurent les travaux de Vigier (1873), de Bernheim (1875), de Pernet (1878). Dans son ouvrage de la bibliothèque Charcot-Debove, Galliard consacre quelques pages au pneumothorax qui ne tue pas immédiatement les malades.

En Angleterre, nous citerons les noms de Powell, Banks, Peacock, Ramskill et Thompson.

D'estimables études ont été faites en Allemagne par Biermer, Skoda, Niemeyer et Günsburg.

Nous sommes parvenu à réunir vingt-deux observations de pneumothorax tuberculeux prolongés. Nous les avons trouvées dans divers ouvrages : Behier, Hérard, et principalement dans la thèse de Toussaint qui avait déjà fait de sérieuses recherches sur ce sujet, mais uniquement pour essayer de montrer l'influence favorable de l'épanchement pleural chez les phthisiques. Nous ne regrettons qu'une chose, c'est qu'on ait négligé la marche de la température dans les cas observés. Comme ces observations sont d'une étendue assez considérable, nous les avons seulement reproduites dans leurs traits principaux.

Nous publions, *in extenso*, deux observations vraiment remarquables que nous a communiquées M. le Dr Bard, ancien professeur agrégé à la Faculté. Les deux malades qui en font l'objet ont été suivis d'une façon très soignée, les moindres incidents de la maladie ont été minutieusement notés, et ce qui est encore plus précieux, nous reproduisons deux tracés thermométriques indiquant la marche de la température pendant leur long séjour à l'hôpital Saint-Pothin.

Nous avons joint également à l'une de ces observations (obs. X) un tableau où nous voyons d'un coup d'œil les résultats obtenus avec la créosote et le gaiacol.

Nous avons divisé nos observations en trois groupes :

1° Cas prolongés suivis de mort et cas perdus de vue qui semblent évoluer vers une terminaison fatale ;

2° Cas prolongés non suivis, mais présentant un état d'amélioration favorable ;

3° Cas suivis de guérison.

Chacun de ces groupes fait l'objet d'un chapitre spécial.

Enfin, un dernier chapitre est consacré à diverses considérations sur le traitement du pneumothorax tuberculeux prolongé.

CHAPITRE PREMIER

Etude des cas suivis de mort et des cas perdus de vue qui paraissent évoluer vers une terminaison fatale.

Parmi nos vingt-deux observations, nous en avons séparé onze qui rentrent dans ce chapitre (obs. I à XI). Ces onze malades présentent des signes de tuberculose non douteux. Quant aux symptômes d'hydro-pneumothorax, ils sont manifestes. Dix sont des hommes ; deux fois l'âge n'est pas indiqué (obs. II et III). A part le malade qui fait l'objet de notre première observation qui a vingt et un ans, on peut dire que l'âge moyen est vingt-cinq ans. La durée antérieure de la tuberculose varie entre trois mois et demi et quatre ans. Il est vrai que ce sont là des chiffres relatifs, le début de l'affection étant bien difficile à déterminer. La durée du pneumothorax oscille entre vingt-cinq jours (obs. VII) et douze mois ; nous avons reproduit

sous toutes réserves la durée de trois ans indiquée à l'observation IX. Seul, Béhier nous donne une durée précise, due à la mort de son malade (obs. V). Quant aux autres, sortis du service, perdus de vue, ils ont pu traîner encore quelque temps.

La nature de l'épanchement est connue dans quatre cas : trois fois on a fait des ponctions (obs. I, VI, VIII), une fois (obs. V) le même épanchement purulent a été découvert à l'autopsie.

Dans huit cas, le début a été brusque, solennel, avec point de côté, angoisse, dyspnée, fièvre vive ; une fois il a été insidieux, et ce n'est que par hasard qu'on découvrit les signes de l'épanchement (obs. IV).

Trois fois l'hydro-pneumothorax siégeait à droite (obs. I, III, VIII) et sept fois à gauche. Quant au malade de Dumont-Pallier (obs. VII) on n'a indiqué ni le côté, ni le mode de début.

Il aurait été intéressant de suivre la marche de la température dans ces divers cas, malheureusement ce point important a été négligé. Dans l'observation de M. Bard seule, on a un tracé complet. Le malade qui, le soir, ne dépassait pas 38°2 pendant les huit jours qui ont précédé la perforation pleuro-pulmonaire, a pris une température de 40 degrés à ce moment ; après quelques jours d'oscillations entre 39 et 40 degrés la fièvre a baissé un peu et oscilla autour de 39 degrés sans la dépasser de 0°2. Le premier mars, un mois après le début, la température baissait encore, dépassant bien quelquefois 38 degrés ; mais pendant le mois d'avril tout entier, la température vespérale atteint très rarement 37°8. Cet état persista jusqu'à sa sortie, à l'exception d'une poussée

qui dura quelques jours, une quinzaine avant de quitter le service.

Quand on examine la partie de l'observation qui a trait à l'état du malade à sa sortie définitive, on lit toujours à peu près les mêmes choses : Du côté affecté, on retrouve en général tous les signes classiques de l'hydro-pneumo-thorax, l'épanchement se reforme après les ponctions, ou bien, occupant la base de la cavité pleurale, il persiste d'une façon désespérante. Tous les signes de la tuberculose subsistent. Sous l'influence des toniques, du repos, d'une médication d'urgence, les malades partent dans un état assez satisfaisant, heureux d'avoir échappé à la maladie. Le médecin prévoit ce qui arrivera.

Résumé synoptique des Observations du Chapitre Premier

Nom de l'Auteur	Nom et âge du malade	Durée antérieure de la tuberculose	Durée de la maladie	Termi- naison	Nature de l'épanche- ment
Obs. I. Dr Bard, inédite.	F .. P. 21 ans	Le malade qui toussait depuis quel- que temps est définitive- ment arrêté 3 mois avant l'apparition de son pneu- mo-thorax.	31 janv. 1894 au 20 juin 141 jours	Mort quelques jours après sa sortie	purulent
Obs. II. Czernicki, <i>in th.</i> Toussaint, obs. VII.	D...	1 an	12 mois	non suivi	»
Obs. III. Pelletan, <i>in th.</i> Toussaint, obs. VIII.	E...	4 ans	12 mois	id.	»
Obs. IV. Vigier, <i>in th.</i> Toussaint, obs. X.	B... 30 ans	2 ans	sept 1872 10 juin 1873 10 mois	id.	»
Obs. V. Béhier, <i>in clin.</i> méd. de Béhier.	S... 24 ans	9 mois	26 nov. 1861 8 février 1872 74 jours.	mort	purulent
Obs. VI Hérard, <i>in th.</i> Toussaint, obs. XX.	D... 26 ans	2 ans 1/2	5 février 1880 5 juil. 1880 150 jours	non suivi	purulent
Obs. VII. Dumont Paliler, <i>in th.</i> Vigier, obs. III	X... 30 ans	»	1 ^{er} fév. 1873 25 fév. 1873 25 jours	id.	purulent
Obs. VIII. Lasègue, <i>in th.</i> Toussaint, obs. XIII	V... 26 ans	3 mois 1/2	15 juil. 1872 15 juin 1873 11 mois	id.	»
Obs. IX. Pelletan, <i>in th.</i> Toussaint, obs. IX.	M... 23 ans	6 mois	3 ans	id.	»
Obs. X. Hutinel, <i>in th.</i> Toussaint, obs. XIX.	F... B. 30 ans	6 mois	54 jours	état stationnair.	purulent
Obs. XI. Potain, <i>in th.</i> Toussaint, obs. XXII.	D... 27 ans	3 mois	13 janv. 1880 23 juin 1880 162 jours	non suivi	d'abord séreux puis purulent

OBSERVATION I

Tuberculose conjonctive récente du sommet droit. Sclérose, emphysème et cavernules. Retentissement sur le cœur droit. Albuminurie. Pneumothorax droit développé dans le service à l'occasion d'une fièvre herpétique.

F. P..., vingt et un ans, teinturier, né à Lyon, entré le 10 janvier 1894, dans le service de M. le Dr Bard, salle Saint-Just, n° 10.

Père âgé de cinquante et un ans, alcoolique, soigné à Saint-Augustin, pour une pneumonie sèche. Mère bien portante; trois frères en bonne santé; cinq frères ou sœurs morts en bas âge de causes indéterminées.

Aucun antécédent notable dans l'enfance. A dix-sept ans, il eut une blennorrhagie et des chancres simples. Pas de rhumatisme, pas d'alcoolisme.

Le malade qui se portait très bien habituellement, et ne toussait pas du tout, fut pris peu à peu de toux, de vomissements après la toux, d'affaiblissement. Au mois d'octobre 1893, il commença à maigrir et a été oppressé. Il entra alors dans le service de M. le Dr Weill, où il resta seulement onze jours. Il crachait déjà à ce moment. Il resta trois semaines au régiment; on le reforma au bout de ce temps. Il entra alors à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vinay, où il eut une légère hémoptisie. Pourtant, il reprit 3 kilogrammes pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu. Mais le 4 janvier 1894, descendu dans la cour, il prit froid, il eut alors des frissons, des points de côté, des vomissements, une toux très fréquente, l'expectoration est devenue très abondante. La faiblesse et l'amaigrissement ont reparu, il se plaint de douleurs erratiques dans le thorax présentant leur maximum à droite. La toux est toujours très fréquente et s'accompagne d'une expectoration mucopurulente de moyenne abondance. L'appétit est revenu, les digestions sont bonnes. Constipation habituelle. Pas de sueurs nocturnes.

Au thorax, en avant, submatité sous la clavicule droite, vibrations à peu près égales à celles du côté gauche. A l'auscultation, la respiration est obscure et s'accompagne de râles muqueux fins très nombreux après la toux, surtout inspiratoires ; quelques sibilances. Retentissement très marqué de la toux et de la voix haute. Du même côté, en arrière, matité dans la fosse sus-épineuse, submatité dans le reste du poumon. Les vibrations sont nettement diminuées au sommet ; à l'auscultation, obscurité respiratoire avec râles fins nombreux et quelques sibilances plus accusés au sommet, mais s'entendant dans tout le poumon. Retentissement de la toux et de la voix haute surtout marqué au sommet.

A gauche, sonorité et vibrations normales. Respiration supplémentaire sans râles.

Les battements du cœur sont réguliers, de fréquence un peu augmentée. Le choc est diffus ; pourtant la pointe se localise au doigt dans le cinquième espace en dedans du mamelon. Pas de battements épigastriques. Pas de souffle. Les bruits à l'épigastre ne sont pas exagérés. Le pouls est bon, régulier, égal des deux côtés.

Rien au foie ni à l'estomac. La rate se perçoit à la percussion sur quatre travers de doigt. La température est de 39°6 à l'entrée. Les urines contiennent beaucoup d'albumine.

17 janvier 1894. — Le malade est pâle et amaigri, état général néanmoins assez bon.

A gauche, on ne constate qu'un peu d'obscurité du sommet et quelques sibilances rares. A droite, matité dans la fosse sus-épineuse, respiration bruyante, emphysémateuse, soufflante aux deux temps, encombrée de gros râles sous-crépitants inspiratoires presque secs et de sibilances. Les sibilances et les râles muqueux descendent en s'atténuant et en diminuant de nombre jusqu'à la base. Les vibrations thoraciques et le retentissement de la voix haute sont exagérés au sommet. En avant, matité avec résistance au doigt dans le premier espace. Pas de bruit de pot fêlé. Respiration bruyante et soufflante comme en arrière. Râles bronchiques assez nombreux.

L'expectoration est assez abondante, constituée par des crachats muco-purulents, cohérents, à tendance nummulaire.

Aucune trace d'œdème.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace un peu en dedans de la ligne mamelonnaire.

Il existe des battements épigastriques légers. Les bruits sont normaux à la pointe et à la base ; le premier exagéré et légèrement dissocié à l'épigastre.

7 février. — Le 31 janvier; vers deux heures de l'après-midi, le malade a été pris d'angoisse, de frissons, de dyspnée et de point de côté à droite. Le soir même, la température montait à 40 degrés, et depuis ce moment, la toux et l'expectoration ont diminué; mais le malade se trouve plus fatigué par l'augmentation de la dyspnée et la sensation du serrement du thorax.

Trois jours après le début, de nombreuses vésicules d'herpès ont apparu sur la lèvre inférieure et dans la bouche; elles existent encore à l'état de croûtes.

L'expectoration est de moyenne abondance, séro-muqueuse, aérée, avec des stries purulentes peu nombreuses.

A droite, en avant, submatité dans les trois premiers espaces, et à ce niveau obscurité, mais sous silence absolu. Dans les quatrième et cinquième espaces, sonorité à peu près normale, souffle amphorique très marqué, tintement métallique inconstant.

En arrière, sonorité exagérée dans le tiers inférieur, submatité au-dessus. A l'extrême base, au voisinage de la colonne, on perçoit encore un peu de murmure vésiculaire. Au commencement de l'examen, on ne percevait pas le souffle amphorique à la partie moyenne et en dehors. Après un examen prolongé, son champ s'est étendu, et on le perçoit jusque dans la fosse sus-épineuse, un peu lointain, s'accompagnant de tintement métallique. Pas de bruit de succussion.

A gauche, la respiration est normale en arrière. Le bruit d'air transmis en arrière par la percussion dans le deuxième espace ne se perçoit plus par la percursion au-dessous du mamelon.

En avant, à gauche, respiration normale jusqu'au sommet.

Les battements du cœur sont réguliers, un peu précipités. La pointe bat dans le quatrième espace, très en dehors de la ligne

mamelonnaire. Pas de bruit anormal, choc très diffus, un peu violent.

Urines du 25 janvier : coloration brune, faible ; dépôt ; réaction acide forte. Pas de sucre :

Volume.	2250
Densité	1013
Urée par litre.	6,7
Acide phosphorique	0,65
Albumine	2,05

Le dépôt présente au microscope un assez grand nombre de globules de pus, quelques rares globules rouges, pas de cylindres.

28 février. — La température s'abaisse progressivement. L'état général s'est un peu amélioré. La pâleur est toujours extrême. En arrière, à la partie moyenne, souffle amphorique, tintement métallique inconstant. La sonorité est diminuée sur toute la hauteur, surtout à la base, où l'on entend faiblement la respiration. La succussion ne donne qu'un bruit hydro-aérique à peine appréciable.

L'ampliation thoracique est peu marquée.

28 mars. — L'état du malade s'est beaucoup amélioré. La température dépasse à peine 38 degrés. La dyspnée a beaucoup diminuée, elle est presque nulle au repos. Le malade s'est à peine levé jusqu'à présent.

Le teint est très pâle, un peu cyanique, d'une maigreur très accusée. La langue est normale. L'appétit est assez bon. Pas de diarrhée actuellement ; il y en a eu pendant une dizaine de jours, il y a quinze jours. Le malade a pris du 28 février au 3 mars : 4 grammes de bismuth avec X gouttes de laudanum (par jour).

Le côté droit est le siège d'une voussure extrêmement marquée ; la matité y est absolue en arrière, sauf dans la fosse sus-épineuse où la matité, encore marquée, est moins intense.

En avant, matité absolue jusqu'à la troisième côte, dans la station assise ; mais s'arrêtant à la cinquième dans la station couchée. La sensation de flot est très accusée.

A l'auscultation, en arrière à droite, silence complet dans les trois quarts inférieurs; très grande obscurité au sommet sans râles. Immédiatement au-dessus de l'épine de l'omoplate, on perçoit faiblement un peu de souffle et un tintement métallique incomplet, lointain. Bruit de succussion très accusé en ondes assez larges.

En avant, obscurité, à peine soufflant dans la station couchée, souffle amphorique très accusé dans la station assise. L'expectoration est presque nulle.

A gauche, la respiration est ample, bruyante jusqu'au sommet, sans râles.

18 avril. — La température est presque normale. L'embonpoint progresse à vue d'œil.

Le cœur est refoulé très loin à gauche. La pointe bat dans le sixième espace, à peu près sur la ligne axillaire antérieure, à 19 centimètres de la ligne médiane, à 9 centimètres à gauche du mamelon, à peine en dessous d'une ligne horizontale passant par le mamelon. Le claquement diastolique de la base a son maximum au niveau même du mamelon, dans le quatrième espace. La matité cardiaque s'arrête à 1 centimètre en dedans du mamelon gauche. A partir de ce point, on constate un tympanisme très accusé qui existe à droite dans les quatre premiers espaces et qui dépasse le sternum à gauche jusqu'à 7 cm. 1/2 de la ligne médiane, à plus de deux travers de doigt du bord gauche du sternum.

Dans la station assise, la matité remonte jusqu'à la deuxième côte aussibien sous le sternum et à sa gauche qu'à droite. La voussure droite est considérable, et il existe un peu d'œdème de la paroi. La matité remonte en arrière jusqu'au sommet. Le silence est absolu sur toute la hauteur. On perçoit toujours le bruit de succussion, mais à amplitude encore moindre que précédemment. En avant, le silence est absolu dans la station assise; mais dans la station couchée, on perçoit un léger souffle amphorique sous la clavicule.

23 avril. — La dyspnée a un peu augmenté. La température reste à peu près normale. L'œdème de la paroi a augmenté. Il est diffus, nullement inflammatoire, non douloureux, gardant à peine

l'empreinte du doigt. Il déborde notablement la ligne médiane en arrière, un peu moins en avant.

Œdème de la face et surtout des paupières bilatéral, mais prédominant à droite.

La mensuration au niveau du mamelon indique 91 centimètres à la pointe de l'appendice xyphoïde 90. La voussure est très accusée, surtout en avant.

Dans la station couchée, la matité remonte actuellement jusqu'à la troisième côte. Dans la station assise, le premier espace seul est un peu sonore, mais beaucoup moins que dans la station couchée. On perçoit toujours de la succussion, mais seulement dans la fosse sus-épineuse.

Le flot est très mal perçu avec l'exploration bimanuelle. Il est au contraire extrêmement net, et donne un tremblement très accusé avec une seule main. Dans la station couchée, on perçoit à peine de loin en loin un souffle caverneux.

On fait une ponction qui donne issue à un liquide purulent sans odeur qu'on arrête sans incident à 1700 centimètres cubes. La mensuration indique 89 centimètres au niveau des seins, de même qu'au niveau de la pointe de l'appendice xyphoïde. La voussure est encore très apparente.

La sonorité descend en bas jusqu'à la cinquième côte dans la station couchée. A l'auscultation, on entend un bruit hydro-aérique dans le troisième espace, tandis que sous la clavicule, il n'y a que de l'obscurité.

En arrière, le souffle amphorique existe dans la moitié supérieure et s'accompagne de tintement métallique. La succussion donne lieu à un bruit hydro-aérique se produisant très bas et à grandes ondes. La matité remonte en avant dans la station assise jusqu'à la troisième côte.

Le flot est très net avec une seule main, mais n'existe plus jusqu'à l'extrême base. Il est toujours très mal perçu avec les deux mains.

La respiration qui était assez tranquille avant la ponction s'est accélérée depuis, et elle atteint 40, bien que le malade se trouve un peu soulagé. La pointe du cœur s'est rapprochée de la ligne

axillaire, mais encore en dehors d'elle. La voussure est toujours très apparente.

25 avril. — La dyspnée est beaucoup moindre, l'œdème de la face a disparu. Celui de la paroi thoracique a beaucoup diminué. La voussure est toujours très apparente. La mensuration indique 86 centimètres au niveau du mamelon, 89 au niveau de la pointe de l'appendice xyphoïde. La pointe du cœur bat sur la ligne mamelonnaire dans les troisième et quatrième espaces.

Dans la station couchée, la sonorité est tympanique dans les deux premiers espaces, un peu diminuée dans le troisième ; matité absolue dans le quatrième.

Le tympanisme dans les deux premiers espaces déborde légèrement à gauche le bord gauche du sternum. A l'auscultation, le silence est absolu sans souffle amphorique. Les vibrations thoraciques sont diminuées ; cette diminution se perçoit à la main et mieux encore à la tête.

Dans la station assise, la matité remonte jusqu'à la deuxième côte. En arrière, matité absolue à la base, diminuant d'intensité vers la partie moyenne de la fosse sous-épineuse. La sensation de flot est très accusée à une seule main. Silence absolu à la base, mais dans les deux tiers supérieurs, on entend une respiration courte, un peu rude, qui n'est que la propagation du côté opposé. En dehors de ce bruit, silence absolu.

La succussion provoque un bruit hydro-aérique à larges ondes. Mais il n'existe même pas de toux, ni souffle amphorique, ni tintement métallique.

La dyspnée a été peu améliorée au moment de la ponction ; ce n'est qu'environ cinq heures après que la dyspnée a diminué et que le malade s'est trouvé mieux. Le niveau du liquide jugé par la sensation de flot et par la succussion ne paraît pas avoir monté depuis la ponction.

9 mai. — La dyspnée a augmenté. L'épanchement s'est en grande partie reproduit. La voussure est considérable, l'œdème de la paroi commence à reparaitre. La mensuration indique 89 cm. 05 au mamelon et 89 à l'épigastre. Le bruit de succussion indique un niveau plus élevé, sans être aussi élevé qu'avant la

première ponction. La pointe du cœur dépasse légèrement en arrière la ligne axillaire antérieure.

L'examen histologique du liquide de la ponction précédente l'a montré constitué par des globules de pus clairs, transparents, très gras, s'accompagnant d'un nombre relativement peu élevé de granulations grasses libres. Le liquide conservé dans un verre est imputrescible : sur une hauteur de 9 cm. 1/2, existe une couche de 2 cm. 1/2 de sérum presque limpide.

On fait aujourd'hui une ponction par laquelle on retire un liquide purulent d'aspect absolument identique à celui de la ponction précédente. La ponction se poursuit sans incident : on l'arrête à deux litres.

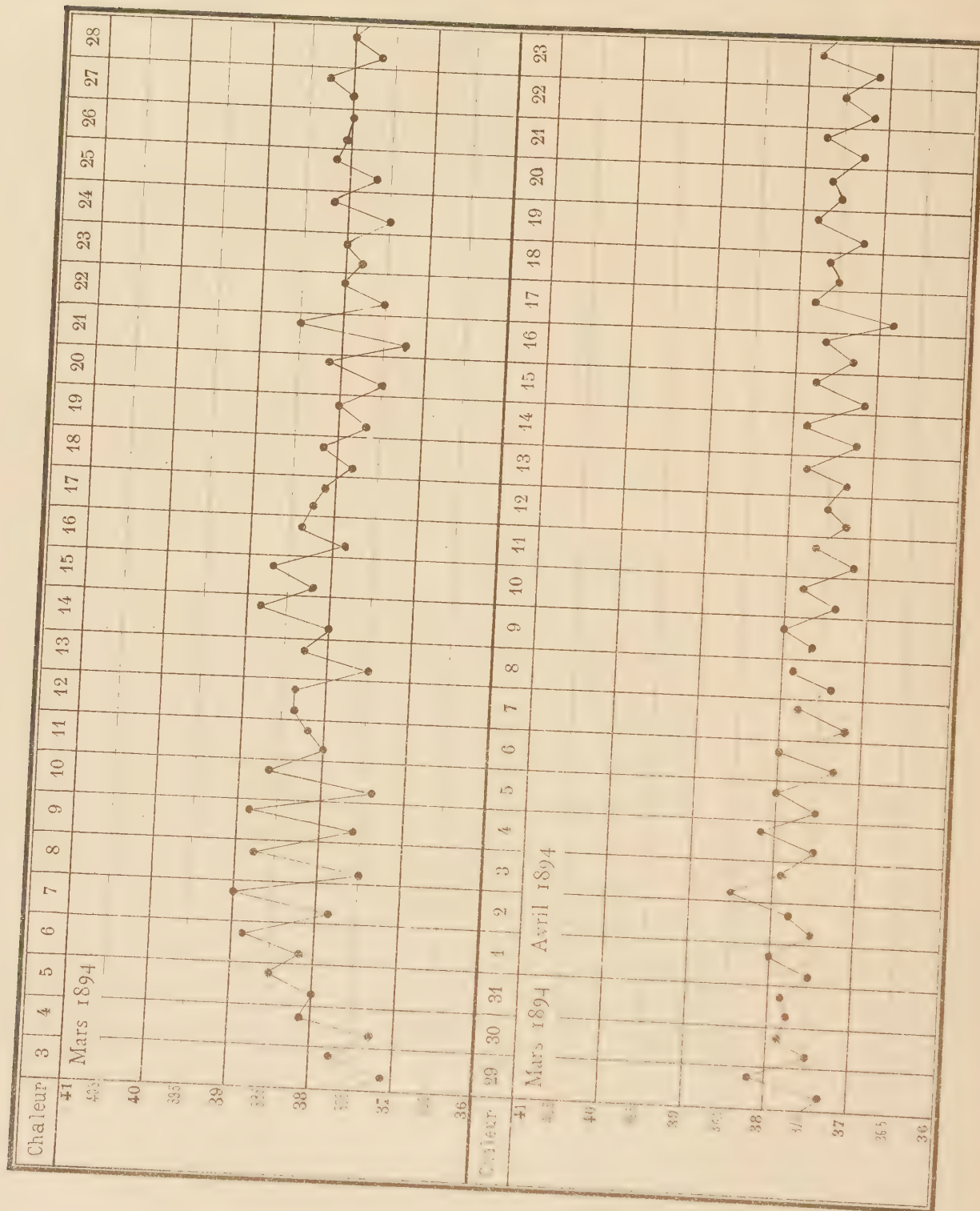
Après la ponction, on constate encore la sensation de flot, mais beaucoup moins accusée, limitée à l'extrême base. Pas de souffle amphorique, succussion à grandes ondes. La dyspnée a beaucoup diminué.

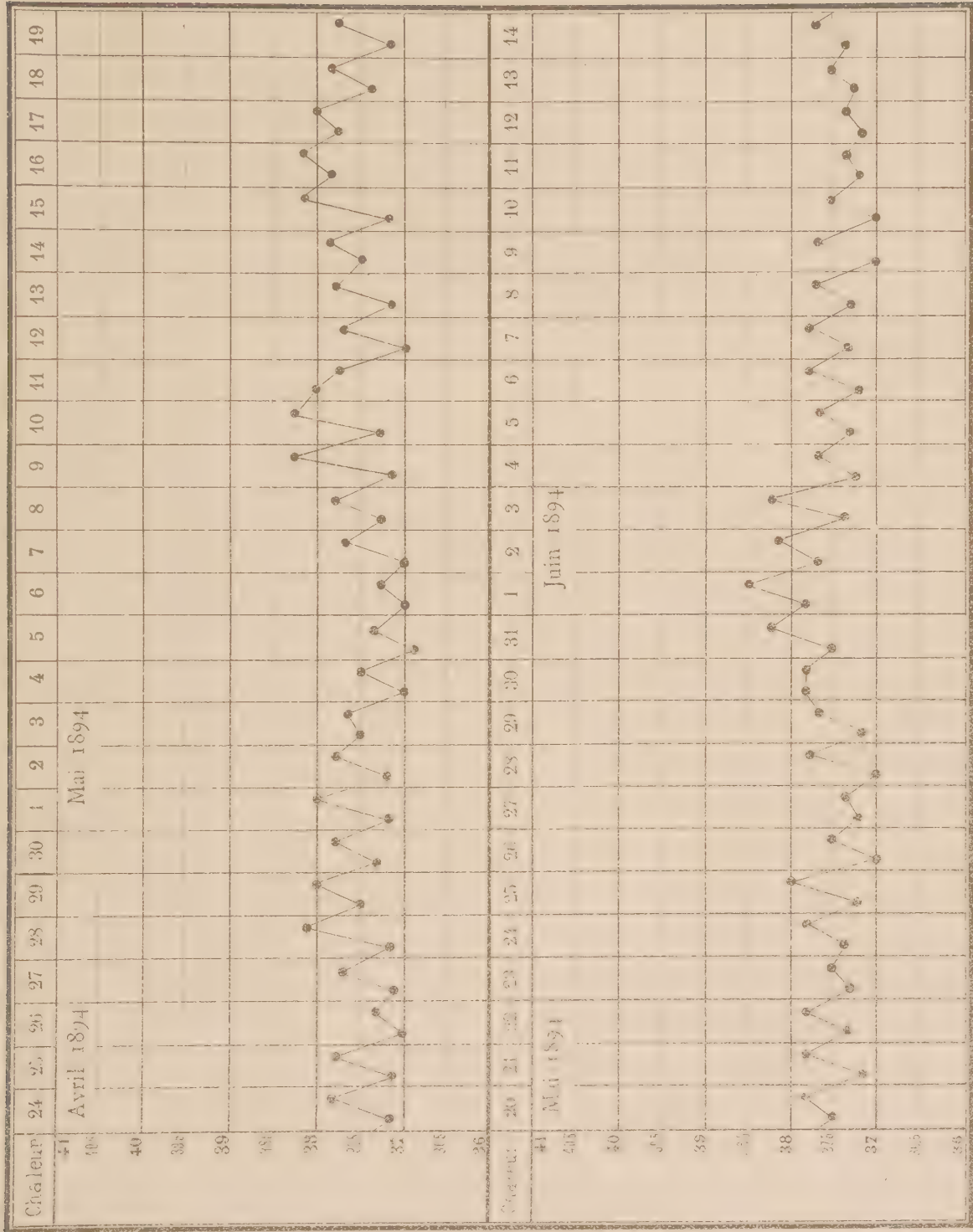
16 mai. — L'examen histologique du liquide de la ponction le montre constitué par des globules transparents, peu cohérents, riches en granulations grasses ; on rencontre aussi des granulations grasses libres assez nombreuses. La dyspnée a beaucoup diminué : l'œdème de la paroi a disparu.

25 mai. — La dyspnée ayant pris une grande intensité depuis quatre jours, on fait une ponction qui donne un liquide purulent, épais, très semblable au précédent. Le malade commence à ressentir de la dyspnée à un litre ; après un petit arrêt, on continue l'aspiration qu'on arrête à 1250 grammes, la dyspnée devenant assez vive.

6 juin. — L'amélioration produite par la ponction a persisté tout entière pendant six jours ; puis la dyspnée a reparu, s'accroissant progressivement, sans avoir encore atteint le niveau antérieur. Le flot est très accusé, la succussion est à très larges ondes et paraît de niveau assez bas ; on constate du tintement métallique.

Le choc de la pointe se fait dans les quatrième et cinquième espace, présentant son maximum à peine en dehors de la ligne mamelonnaire encore perceptible sur la ligne axillaire antérieure dans le sixième espace.





13 juin. — Après une exagération temporaire de la dyspnée, celle-ci s'est calmée depuis quelques jours, sans qu'il y ait eu de nouvelle ponction. La mensuration indique 86 centimètres au mamelon, 85 à l'épigastre. L'ampliation du côté droit est beaucoup moindre que précédemment. Il n'y a pas d'œdème de la paroi. La sensation de flot est toujours très nette à la base ; mais elle n'occupe plus que le tiers inférieur de même que la matité.

Le bruit de succussion est très clair, se produit très bas ; on n'entend du tintement métallique qu'en avant sous la clavicule. En arrière il n'y a pas de souffle amphorique, et on entend des bruits respiratoires dans les deux tiers supérieurs.

Le cœur est peu dévié, à la pointe bat dans le cinquième espace, à peine en dehors du mamelon ; par contre, à droite, dans la région mamelonnaire, on perçoit des pulsations faibles, à grande amplitude, et, à ce niveau, les battements du cœur sont bien transmis.

La période d'aggravation des phénomènes généraux qui a eu lieu six jours après la dernière ponction s'est accompagnée d'un léger mouvement fébrile qui paraît avoir été une légère atteinte grippale.

Dans la station assise, les deux mains placées l'une en avant, sur la région mamelonnaire, l'autre à la base en arrière, on perçoit une sensation de flot se propageant d'arrière en avant, bien perceptible à la main antérieure. Quand la main postérieure percute, faisant presque complètement défaut en sens inverse.

La percussion du côté opposé ne détermine pas le flot perceptible à droite.

20 juin. — L'épanchement ne se reproduit toujours pas ; la matité n'existe qu'à l'extrême base, le flot y est à peine appréciable en arrière ; par contre, on perçoit assez bien d'arrière en avant.

Actuellement, on constate du souffle amphorique et du tintement métallique. Le bruit de succussion se fait très bas, il est manifeste que la quantité de l'air l'emporte de beaucoup sur celle de l'épanchement.

Le malade mourut quelques jours après sa sortie, fatigué probablement par le voyage.

OBSERVATION II

(Czernicki, *in th.* Toussaint, obs. VII.)

D..., caporal, entre au Gros-Caillou, le 1^{er} juillet 1869. — Atteint de pneumophymie depuis un an. Amaigrissement, fièvre hectique, sueurs, diarrhée. Au sommet droit, submatité, rudesse respiratoire, craquements. A gauche, gargouillements, souffle caverneux. Expectoration purulente abondante. La mort paraissait rapprochée.

29 juillet. — Pneumothorax à gauche : agonie de plusieurs jours. Puis la dyspnée se modère, la fièvre et la diarrhée s'arrêtent, l'appétit revient. Il quitte le service le 22 septembre.

Le 15 février 1870, il revient demander asile à l'hôpital, arrivant de faire une saison à Amélie. On constate : à gauche, dilatation du thorax, matité absolue, silence complet, cœur porté à droite. A droite, quelques craquements au sommet, sonorité parfaite, respiration suractivée. Pas de fièvre, bon appétit, accès fréquents d'oppression, expectoration parcimonieuse.

Le 2 mars, un léger épanchement se forme à droite : il se résorbe rapidement.

Cet état se maintient jusqu'en juillet où le malade est perdu de vue par le personnel du service.

OBSERVATION III

(Service de M. Pelletan, hôpital de la Charité.)

Le nommé E... (Jean-Baptiste) est entré à l'hôpital le 16 juin 1863, salle Saint-Michel, lit n° 11.

E..., toussait depuis quatre ans. Un an avant son entrée à l'hôpital, il avait ressenti un point de côté très violent et une gêne extrême de la respiration.

A son entrée à la Charité, il présentait des signes non équivoques de tubercule du côté droit ; et du côté gauche un hypneumothorax, caractérisé par de l'exagération de la sonorité, du tintement métallique et du bruit de fluctuation thoracique.

Ce malade fut soumis à un traitement tonique et reconstituant ; sous son influence, son état général s'améliora, et le 15 juillet, il pouvait être renvoyé à Vincennes.

A sa sortie, les signes physiques du pneumothorax existaient toujours à gauche, et on entendait au sommet droit des craquements et tous les signes de la tuberculisation pulmonaire, mais le mal restait stationnaire.

Il semble qu'on puisse, avec de justes raisons, faire remonter chez ce malade, le début de la perforation pulmonaire, au moment où il a été pris de son point de côté, avec dyspnée. Il portait donc son épanchement gazeux dans la plèvre depuis douze mois.

OBSERVATION IV

(Vigier, *in* th. Toussaint, obs. X.)

B..., trente-ans, maçon, lymphatique, entre à l'hôpital le 2 octobre 1872. Mère morte d'une maladie de poitrine. Dans sa jeunesse, il avait des diarrhées fréquentes. Pendant l'hiver de 1870-71, il tousse, crache. En décembre 1871, séjour de quatre mois à l'Hôtel-Dieu ; quintes de toux, essoufflement, point de côté à gauche, laryngite. Ni hémoptisie, ni vomique.

En septembre 1872, il éprouvait une sensation de liquide se déplaçant à gauche de la poitrine. Donc, pas de début brusque. Dyspnée, sueurs nocturnes.

5 octobre. — Matité des deux côtés en arrière, plus considérable à gauche. Sommet droit ; expiration prolongée, soufflante râles sous-crépitaux fins. Sommet gauche ; craquements. A gauche, absence de murmure respiratoire, succussion hippocratique, tintement métallique, toux et voix amphoriques.

2 novembre. — Matité, succussion, ni souffle amphorique ni tintement métallique.

1^{er} décembre. — Plus de succussion, seulement un peu de liquide accusé par matité, absence de bruit respiratoire et de vibrations thoraciques.

10 juin. — Langue normale, appétit bon, plus de vomissements, pas de diarrhée, pas de sueurs, pas de fièvre. Etat général meilleur. Le malade a repris un peu d'embonpoint. Expectoration peu abondante, toux peu fréquente, quinteuse, cœur dévié à droite. Sonorité normale à droite, matité à gauche. A gauche, absence de vibrations, dilatation. A droite, respiration puérile, râles sibilants. Craquements au sommet gauche. Laryngite persistante depuis 1870.

OBSERVATION V

(In Confér. de chir. méd. de Béhier.)

St..., vingt-quatre ans, peintre, entre à l'hôpital le 4 décembre 1861. Bonne santé jusqu'en avril 1861. A cette date : crachements de sang, dyspnée et toux. On le traite pour une pleuro-pneumonie. En juillet 1861, toux fatigante, fièvre, sueurs nocturnes, le 26, violente douleur à l'épaule gauche, dyspnée très vive.

4 décembre. — On constate : tempérament lymphatique, maigre. A gauche, matité en bas, sonorité en haut, souffle amphorique, tintement métallique, bruit de flot. A droite, rien de spécial. Puis la douleur et la gêne respiratoire diminuent. Marche ascendante du liquide.

Fin décembre. — Toute trace de sonorité et de bruit respiratoire disparaissent. Faiblesse de plus en plus grande. Maigreur excessive.

Fin janvier. — Diarrhée abondante. Marasme complet, 8 février 1862, mort. A l'autopsie, on trouve 3 litres de pus bien lié dans la plèvre gauche.

OBSERVATION VI

(Hérard, *in* th. Toussaint, obs. XX.)

D..., vingt-six ans, serrurier, entré à l'hôpital le 12 janvier 1880. Il y a deux ans et demi, il commence à tousser, il fait un premier séjour à l'hôpital, où on le traite pour une bronchite. Il continue ensuite à tousser, il maigrit. Il est réformé à l'hôpital militaire. Au printemps de 1879, il se relève un peu, mais l'automne suivant : rechute, sueurs, crachements de sang ; puis il va un peu mieux jusqu'au mois de janvier suivant, 1880.

12 janvier 1880. — On le soigne pour tuberculose.

5 février. — Subitement dyspnée et toux violentes (sinapismes, ventouses, morphine). Pneumothorax à gauche : cœur dévié à droite (10 févr.), jambe gauche enflée, bras gauche très faible. Ne voulant pas mourir à l'hôpital, il se fait emmener. Il se forme deux saillies douloureuses, en haut et en bas du mamelon, qui bouillonnent pendant la toux. Le 28 mars, l'une d'elles crève, il s'en écoule 3 à 4 litres de pus ; chaque jour il en sort 1/2 litre. Légère amélioration.

20 avril. — Retour à l'Hôtel-Dieu. L'appétit et le sommeil reviennent, quelques douleurs névralgiques à gauche. Il respire sans effort, mais à chaque mouvement, l'air sort par la plaie. Il se lève.

10 juin. — Etat stationnaire. La respiration s'entend en haut et à gauche, mais plus faible qu'à droite, quelques râles sous-crépitants. Expectoration purulente. Par la fistule, il sort 100 grammes de pus par vingt-quatre heures. Pas de toux.

14 juin. — Douleur vive sur la sixième côte. Carie de cette côte.

17. — Bonne mine, appétit satisfaisant. Sommeil un peu agité. Il se lève. La fistule continue à donner 80 à 100 grammes de pus.

29 juin. — Sonde à demeure dans la fistule et lavage.

5 juillet. — Quand le lavage n'est pas fait, le malade va moins bien. Plus de toux, pas d'expectoration.

OBSERVATION VII

(Dumont-Pallier, *in th.* Vigier, obs. III.)

Le 1^{er} février 1873, le nommé X., âgé de trente ans, entre à l'hôpital. Examiné le lendemain, on trouve les signes évidents d'un hydropneumothorax. En septembre 1872, on lui fit la thoracentèse pour évacuer un épanchement pleurétique à droite. Après l'issue d'un liquide de couleur d'absinthe, il sortit des gaz. Nouvelle ponction dix jours après. Le 20 janvier 1872, le malade guéri avait quitté l'hôpital.

Le 2 février 1873, Dumontpallier fait une première ponction et retire 1250 grammes de liquide contenant 150 grammes de pus. On constate alors tous les signes de la tuberculose. Le malade va mieux, mais le liquide se reforme.

Le 11, deuxième ponction qui donne issue à 1500 grammes de liquide non purulent et à des gaz. Soulagement. L'épanchement réapparaît.

Le 25, troisième ponction qui donne issue à du liquide séreux (600 gr.), puis séro-purulent, puis purulent, une certaine quantité de gaz et un peu de sang. Soulagement, amélioration progressive. Les forces reviennent, le liquide ne se reproduit pas, mais les signes de tuberculose sont toujours très nets.

OBSERVATION VIII.

(Lasègue, *in th.* Toussaint, obs. XIII).

V..., âgé de vingt-six ans, parqueteur, entre à l'hôpital le 1^{er} juillet 1872. Pas d'antécédents tuberculeux, ni alcoolisme, ni syphilis.

A partir du mois d'avril 1872, il tousse, maigrit, perd ses forces, expectoration verdâtre, abondante; points de côté fré-

quents à droite. Puis apparaît de la dyspnée, sueurs, vomissements, inappétence, nausées, crachats avec filets de sang, diarrhée.

1^{er} juillet 1872. — Sommet droit; submatité, craquements humides et secs, expiration prolongée, soufflante, résonnance exagérée de la voix. A gauche, rien d'anormal.

15 juillet. — Point de côté violent à droite, sensation de déchirure, dyspnée extrême qui dure treize jours, délire, fièvre. Dilatation du côté, souffle amphorique, tintement métallique, sonorité exagérée en haut.

25 juillet. — L'épanchement monte jusqu'à l'épine de l'omoplate matité. Bruit de flot.

14 août. — L'épanchement diminue. Bronchite à gauche.

10 septembre. — Plus de dilatation thoracique. Les signes précédents persistent.

1^{er} novembre. — La succussion disparaît. Fièvre, inappétence, insomnie, craquements. Etat assez bon.

10 avril. — Mêmes signes de tuberculose. A droite, pas de vibrations thoraciques, matité. A gauche, craquements. Le malade se lève, descend dans la cour.

15 mai. — Un peu de laryngite, trois jours après, dyspnée, aphonie, sifflement laryngo-trachéal.

17 mai. — Amélioration, dyspnée encore assez intense. Pas d'œdème, pas de vomissements, pas de diarrhée.

15 juin. — Aucun changement dans les signes physiques perçus à droite. L'état général est satisfaisant et depuis un mois le malade aurait pu aller en convalescence si le temps avait été favorable.

OBSERVATION IX

(Pelletan, *in th.* Toussaint, obs. IX.)

M... (Louis), vingt-trois ans, jardinier, présente tous les signes de la tuberculose. Depuis février 1860, hémoptysies, toux, amaigrissement, sueurs, etc. En juin suivant, il ressent une violente douleur de côté avec dyspnée. Un certificat datant de cette époque

nous indique qu'il s'est formé un pneumothorax. Depuis lors, aucun accident sérieux.

10 juin 1863. — On constate tous les signes d'hydropneumothorax à gauche.

Après un mois d'hôpital, grâce aux toniques, il sort dans un état général satisfaisant, mais conservant tous les signes de son hydropneumothorax.

OBSERVATION X

(Hutinel, *in th.* Toussaint, obs. XIX.)

F... (Bertha), trente ans, entre à l'hôpital le 11 mai 1880. Depuis six mois toux, sueurs, amaigrissement, pas d'hémoptysies. Les menstrues ont cessé depuis quatre mois.

15 mai. — La malade raconte qu'elle a une sensation de flot dans la poitrine. On trouve tous les signes d'un hydropneumothorax (vésicatoire à gauche).

1^{er} juin. — Fièvre (quinine). Le 5, elle va mieux.

10 juin. — Cœur dévié à droite. A droite, sonorité en haut, matité en bas, bruit d'airain, pas de murmure vésiculaire.

15 juin. — Mieux. La malade se lève, se promène, mange, dort. L'amélioration continue les jours suivants. Bruit de flot. Expectoration moins abondante.

21 juin. — Mêmes signes physiques. A droite, quelques râles de bronchite (teinture d'iode).

2 juillet. — Fièvre (soir 38°6), les jours suivants 39°6, 39°, 40°2 le soir.

6 juillet. — Ponction exploratrice qui donne 900 grammes de pus. La malade est soulagée.

8 juillet. — Empyème, issue de 2 litres de pus, lavages. La malade va mieux. Il y aura bientôt une amélioration notable.

OBSERVATION XI

(Potain, *in* th. Toussaint, obs. XXII.)

D..., entre à l'hôpital le 19 janvier 1880, vingt-sept ans, clicheur Mère bien portante, père vieux, toussé beaucoup, frère de père mort tuberculeux.

Pas de saturnisme, ni d'alcoolisme. Bonne santé jusqu'à il y a six mois. Depuis toux, douleurs scapulaires, vomissements fréquents, constipation. Respiration pénible depuis trois mois, hémoptysies répétées. Sueurs, amaigrissement, faiblesse.

Le 13 janvier 1880, en sautant sur un tramway, chaleur subite à la tête, sueurs profuses, il perd presque connaissance. Rentré chez lui, il est pris de fièvre, dyspnée, toux, douleur précordiale.

19 janvier. — Pneumothorax à gauche: absence de murmure respiratoire, toux métallique, voix amphorique, tympanisme, souffle amphorique, pas de flot. Cœur déplacé à droite.

Sp. de morphine 30 grammes, frictions avec baume tranquille à gauche.

21 janvier. — Bruit de flot, fièvre vive. Elle est cependant descendue de 40°4 39°4. Sonorité exagérée en haut. A droite, râles nombreux. Le 22, dyspnée vive (sp. de morphine et digitale). Jusqu'au 30, même fièvre, délire passager.

30 janvier. — Respiration plus libre, la fièvre diminue. Le liquide qui avait un peu diminué augmente de nouveau.

9 février. — La température est à 38 degrés.

2 mars. — Première ponction. On retire 2200 grammes de liquide séreux, mais louche vu en masse. Respiration facile. Le malade se lève le lendemain.

6 mars. — L'épanchement reparait. Pas de fièvre. Bien que le liquide augmente peu à peu, le malade supporte bien son épanchement. Le malade est sorti deux fois pour affaires. Le 21 avril, il sort définitivement.

Il rentre quelque temps après, présentant une grosseur dans le

côté gauche. Une ponction donne 150 grammes de pus. Le lendemain, on retire encore 2 litres de pus. Cinq jours après le malade va mieux et quitte le service.

Deux jours après, chez lui, une cicatrice des piqûres cède, il s'écoule 3 à 4 litres de pus.

Il rentre à l'hôpital, une cicatrice se rompt de nouveau, 4 litres de pus s'écoulent. M. Potain fait alors la pleurotomie avec lavages antiseptiques qu'on continue les jours suivants.

18 juin. — Le malade qui a eu un érysipèle de la face avec fièvre vive, est dans un état très satisfaisant. Il se lève, ne crache pas, respire sans oppression, reprend des forces.

23 juin. — Grâce au sulfate de quinine la fièvre cède; elle revient (38 degrés), si on oublie de lui donner.

CHAPITRE II

Etude des cas prolongés non suivis et présentant une évolution favorable.

Après avoir reproduit les observations des malades ayant succombé ou présentant un état précaire, nous réunissons dans ce chapitre cinq observations de malades qu'on ne peut pas dire guéris, mais dont l'état est aussi satisfaisant que le comporte la nature de l'affection : quatre hommes et une femme, font l'objet de ces observations. Nous avons reproduit en détail l'histoire du malade du D^r Bard, avec un tracé thermométrique complet. La température de cet homme, qui était très élevée au début, continue de l'être les jours suivants, il y avait rarement apyrexie complète. Il semblait cependant que la courbe thermique allait descendre, quand le 22 octobre, le pneumothorax se déclare et le thermomètre marque 40 degrés. Pendant le mois suivant, la température du soir oscilla autour de 39°5, celle du matin fut continuellement

au-dessus de 38 degrés. Puis il y eut un abaissement notable : presque normale le matin, la température oscille le soir autour de 38 degrés, sans trop dépasser. Il en fut ainsi jusqu'à la sortie du malade. La courbe thermique est donc lentement décroissante. On comprend l'importance de ce tracé : si toutes les observations étaient accompagnées de la température, on pourrait établir des considérations très instructives sur le pronostic.

Sur ces cinq malades, on a noté l'âge quatre fois, il oscille entre dix-sept et trente-deux ans. La durée d'observation du pneumothorax a été de cinquante-quatre à cent dix jours ; la malade de Grisolle (obs. XVI) aurait été observé pendant huit mois.

Les malades avaient présenté des symptômes de tuberculose non douteux de trois à dix-huit mois avant l'établissement de la fistule pleuro pulmonaire. Le pneumothorax a apparu brusquement chez trois hommes, lentement chez une femme. On a noté le côté gauche dans toutes les observations, excepté dans celle de Vigier (obs. XIV) où on ne parle ni du côté, ni du mode de début.

On a connu la nature de l'épanchement dans un cas seulement : il était sérieux (obs. XII). Dans les autres observations, il est probable que les symptômes n'ont pas nécessité l'issue du liquide de la cavité pleurale.

Après la période de début avec ses accidents graves, succéda une période d'amélioration progressive. Mais en sortant de l'hôpital, les malades présentaient des symptômes non équivoques d'hydropneumothorax : succussion, matité en bas, sonorité exagérée en haut, déviation plus ou moins marquée du cœur à droite. Malgré cela l'état général était très satisfaisant : les forces étaient revenues,

l'appétit était excellent, l'expectoration avait diminué, la fièvre disparu, la respiration était facile. Bref, avec cet ensemble de signes on ne pouvait pas porter un pronostic fatal.

Résumé synoptique des Observations du chapitre II.

Nom de l'Auteur	Nom et âge du malade	Durée antérieure de la tuberculose	Durée de la maladie	Termi- nation	Nature de l'épanche- ment
Obs. XII. Dr Bard, obs. 2565, obs. inédite.	M... (D.) 23 ans	Le malade toussait tous les hivers. Il y avait 59 jours qu'il était à l'hôpi- tal quand le pneumo-tho- rax arriva.	26 oct. 1893 12 févr. 1894 110 jours	Amélora- tion manifeste très marquée	sérieux
Obs. XIII. Hérard, <i>in</i> Union méd., 3 ^e série, T. 34, p. 1073.	P..., (Ferd.) 17 ans	4 mois	10 août 1880 fin nov. 1880 102 jours	améliora- tion	»
Obs. XIV. Curie, <i>in</i> th. Vigier, obs. II.	»	»	2 mois 1/2	améliora- tion	»
Obs. XV. Czernicki, <i>in</i> th. Toussaint, obs. VI.	M... 32 ans	18 mois	20 mai 1869 29 août 1869 101 jours	Amélio- ration con- sidérable, mais le ma- lade meurt d'un épan- chement qui se for- me à droite.	»
Obs. XVI. Grisolle, <i>in</i> th. Toussaint, obs. V.	N... (Elise) 24 ans	»	8 mois	améliora- tion moyenne	»

OBSERVATION XII (n° 2585).

Tuberculose granuleuse aiguë à prédominance gauche (à localisation bronchique). — Hgdropneumo-thorax gauche développé dans le service. — Refoulement du cœur à droite. — Badigeonnage de gaiacol.

M... D..., vingt-trois ans, mouleur, né à Borgho (Italie), demeurant à Lyon, entre dans le service de M. Bard, salle Saint-Just, n° 13, le 1^{er} septembre 1893. Le malade a quitté son pays à l'âge de onze ans, et ne peut fournir que de très vagues renseignements sur l'état de santé de ses parents. Père âgé de soixante-quinze ans : le malade dit ne l'avoir jamais vu ou su malade. Mère âgée de cinquante ans, également bien portante. Un frère âgé de quatorze ans, toussant un peu les hivers, mais n'ayant jamais fait de maladie sérieuse. Deux sœurs bien portantes : l'une âgée de vingt-cinq ans, l'autre de huit ans.

Le malade toussait depuis longtemps, les hivers, mais n'avait jamais craché de sang, il était même, paraît-il, d'une force peu commune. A dix-huit ans, se trouvant en Amérique, il fut atteint de fièvres dont il ne peut déterminer la nature et qui durèrent une cinquantaine de jours. Rentré chez lui, il est repris, deux ans après, par des fièvres qu'il garde une vingtaine de jours.

La maladie qui l'amène à l'hôpital a débuté un mois avant son entrée. A cette époque, le malade prit de la fièvre, de l'anorexie, et il se mit à tousser plus que d'habitude. Il raconte que trois jours avant d'entrer à l'hôpital, il fut pris tout d'un coup dans la journée de crachements de sang qui se continuèrent pendant trois jours, les crachats très abondants et constitués par d'énormes caillots de sang noir étaient expectorés pendant les quintes de toux ; et, dans l'intervalle, le malade rendait des crachats simplement striés de sang. Cette hémoptysie dura les trois jours qui précédèrent son entrée ; le malade dit avoir perdu une énorme quantité de sang : il l'évalue à 4 litres au moins.

Au sommet gauche, en avant et en arrière sonorité moins bonne qu'à droite. A l'auscultation, obscurité respiratoire assez marquée, on entend des bouffées de râles, les uns gros et humides, les autres plus fins et plus secs. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines.

13 septembre. — L'état général est mauvais, le teint plombé. Les hémoptysies ont cessé, l'expectoration est presque nulle. Au sommet gauche, en avant et en arrière, nombreux râles humides de volumes divers, quelques-uns assez gros. La sonorité est un peu diminuée, pas de souffle, pas d'exagération du retentissement de la voix haute.

4 octobre. — On remplace les badigeonnages par les injections de gaiacol.

18 octobre. — En avant, on ne constate rien d'anormal à droite, tandis que, à gauche, il existe de la submatité très marquée; et, à l'auscultation, une respiration très obscure, s'accompagnant de sibilances rudes, sans râles humides actuellement.

En arrière, la sonorité est peu modifiée, même à gauche. A droite, respiration normale à la base, ample mais rude dans les parties supérieures sans râles. A gauche, dans la fosse sous-épineuse, l'inspiration s'accompagne de bouffées de gros râles secs et siffiants. L'expiration est absolument silencieuse. Dans les parties inférieures, la respiration est rude, sans être intense; elle s'accompagne de râles muqueux et sous-crépitants assez nombreux.

La toux fait apparaître une respiration prolongée aux deux temps, des sibilances nombreuses d'aspect emphysémateux. L'expectoration est peu abondante, séro-muqueuse, avec des parties opaques rares et à peine purulentes.

L'état général est à peu près stationnaire. La langue est normale. l'appétit moyen, pas de diarrhée.

On n'a fait les injections de gaiacol que jusqu'au 7 octobre. Le malade a refusé de continuer, bien qu'il n'y ait eu aucun accident local. On prescrit aujourd'hui des lavements de créosote.

26 octobre. — Dans l'après-midi du 22, le malade a présenté subitement une douleur violente dans le côté gauche du thorax, accompagnée d'une dyspnée extrême qui ne s'est calmée que vers

la fin de la nuit. Depuis ce moment, l'état s'est aggravé, la dyspnée est plus intense, sans que cependant l'état paraisse immédiatement grave. A l'examen du thorax, on constate une voussure générale très accusée du côté gauche. La sonorité est exagérée et tympanique dans toute son étendue, la respiration est silencieuse dans les respirations simples, et remplacée par un souffle amphorique dans les respirations fortes. Bruit de succussion hippocratique accusé. Tintement métallique. Bruit d'airain très net.

17 janvier 1894. — L'état du malade s'est considérablement amélioré. L'amélioration a été graduelle et progressive. La température a commencé à baisser douze jours après la production du pneumothorax, puis l'abaissement au-dessous de 39 degrés remonte au 18 novembre.

Depuis quelques jours, le malade n'atteint qu'exceptionnellement 38 degrés.

Il a pris un lavement quotidien avec 1 gramme de créosote, du 18 octobre 1893 au 20 décembre. Ils ont été supprimés à cette date, le malade ne pouvait plus les supporter depuis deux ou trois jours.

L'appétit est bon depuis plusieurs semaines, le malade a beaucoup engraisé.

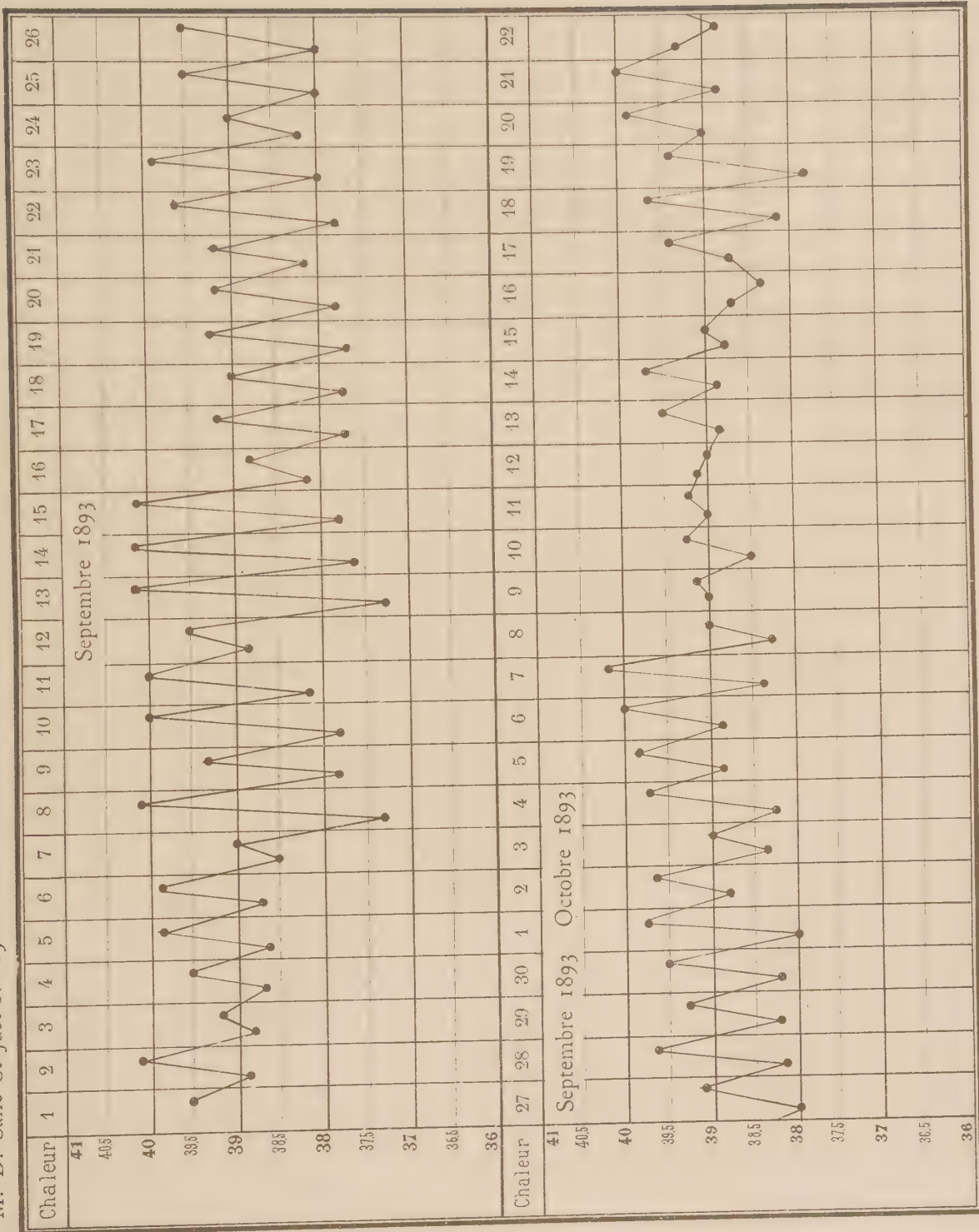
L'expectoration est actuellement peu abondante, claire, avec à peine quelques filets opaques. Il paraît y avoir déjà longtemps qu'elle a pris ces caractères.

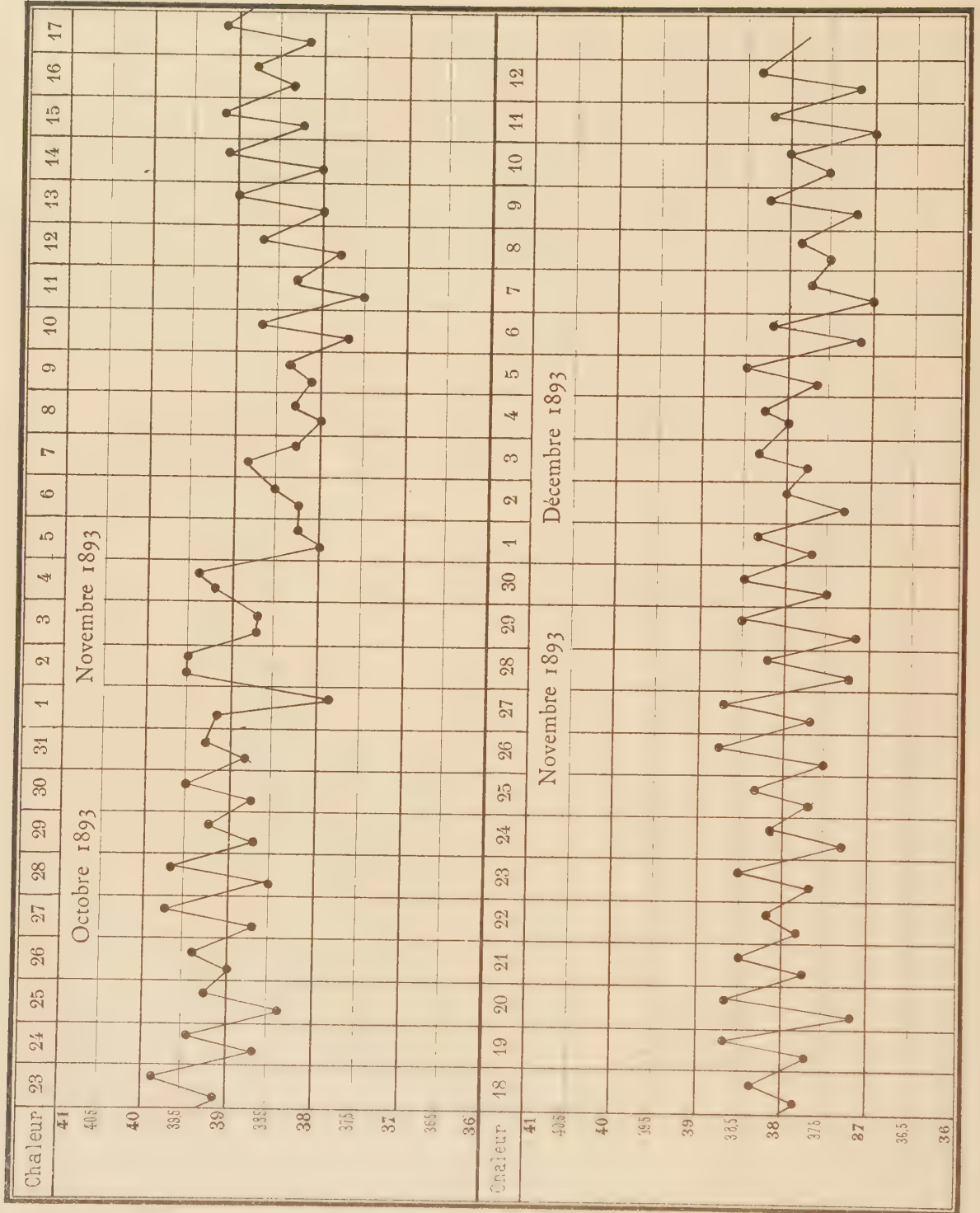
Le malade a été examiné à diverses reprises depuis le début du pneumothorax et on a constaté chaque fois les signes très caractérisés : tintement métallique, souffle amphorique, succussion bruit d'airain.

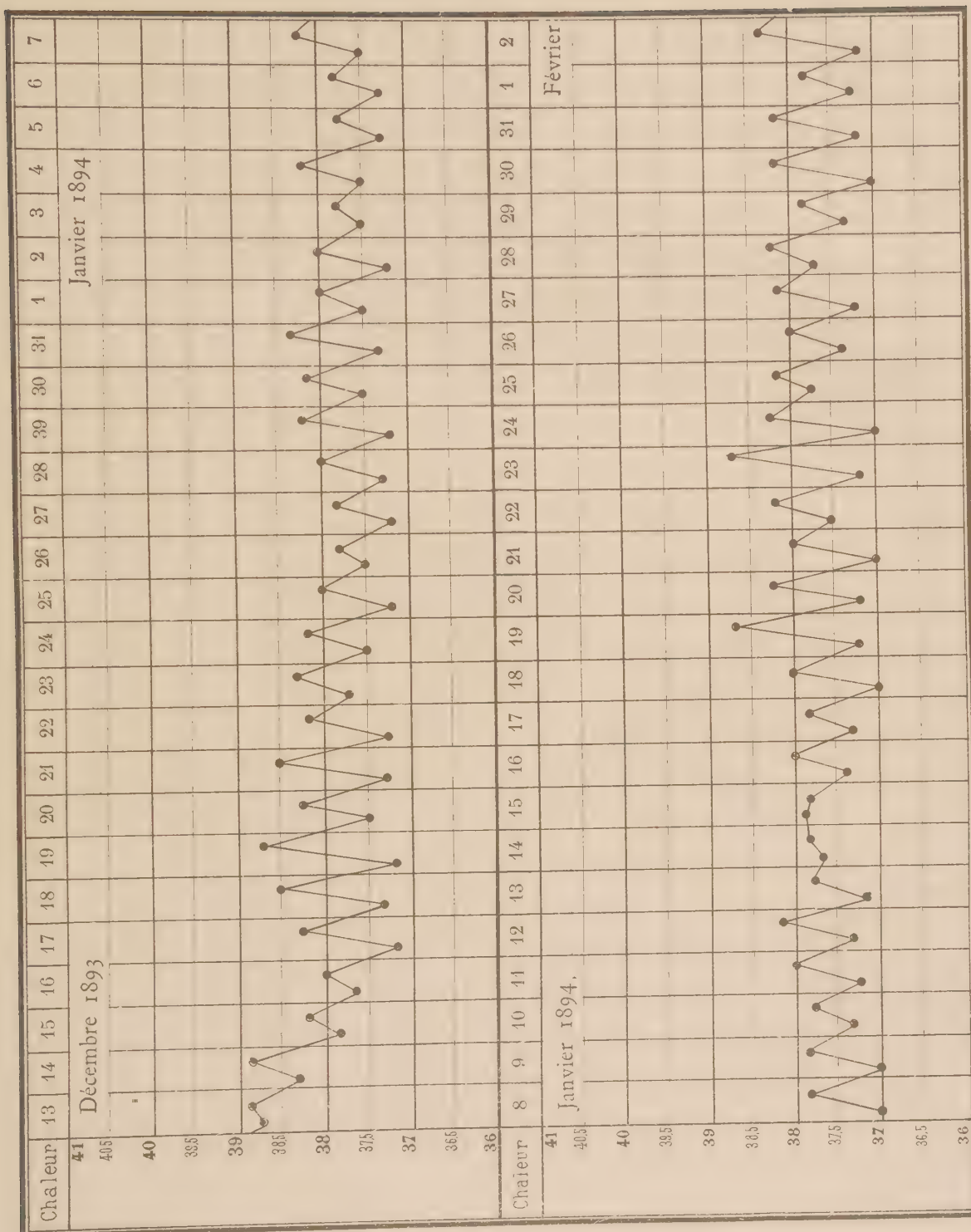
Aujourd'hui les phénomènes ne sont pas complètement modifiés. Le malade est tranquille sans dyspnée. La moitié gauche du thorax présente une ampliation très accusée. La palpation bimanuelle indique un diamètre antéro-postérieur très agrandi.

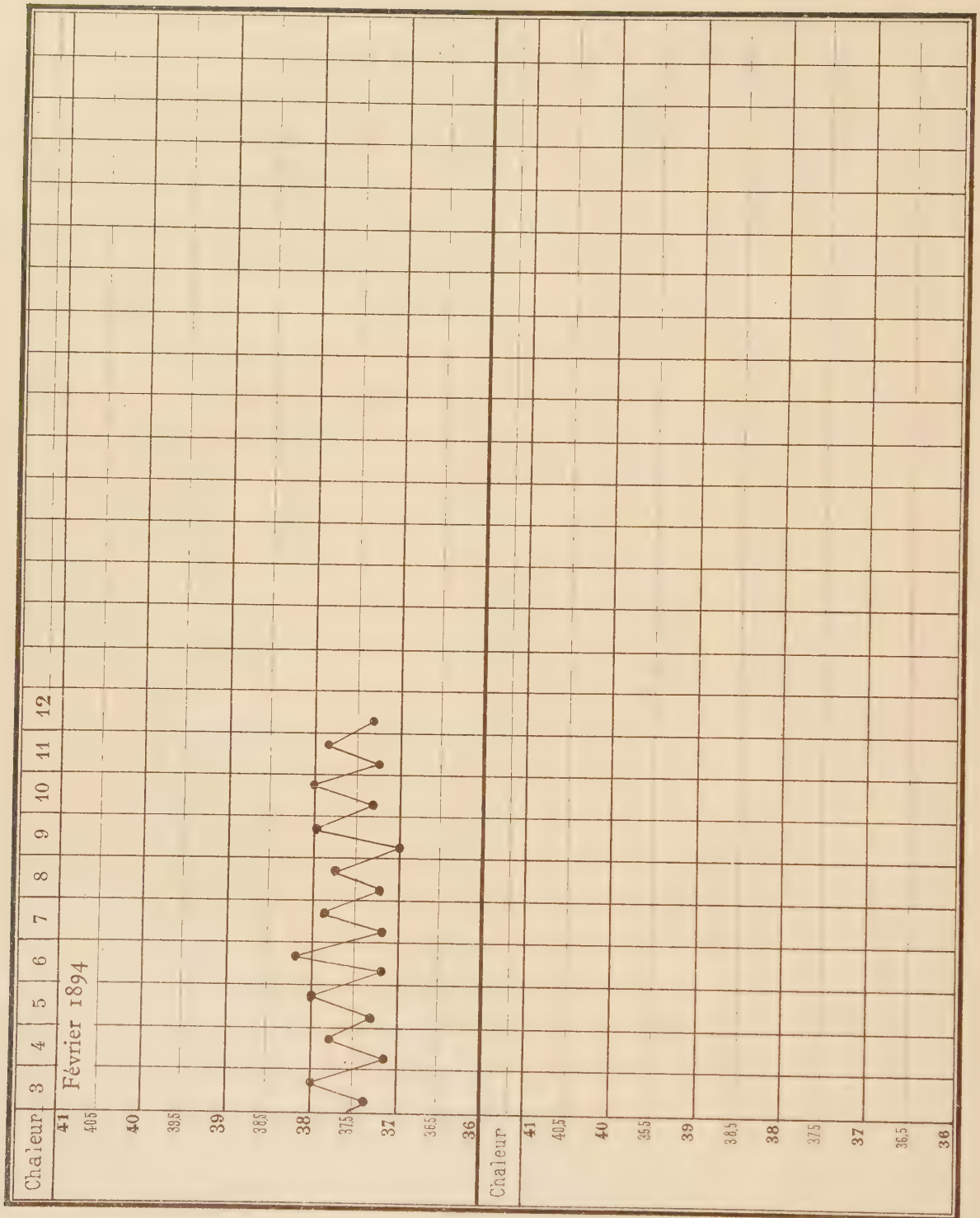
La mensuration dans la station couchée donne 88 centimètres au niveau des mamelons, 87 à l'épigastre. La déviation de la base du thorax à droite est très accusée. L'extrémité inférieure du sternum est reportée à 2 centimètres de la ligne médiane.

M. D. Salle St-Just N° 13









Dans la station assise, la mensuration au niveau des mamelons indique 90 centimètres, dont 44 à droite et 46 à gauche.

En arrière, la matité très accusée à la base remonte en s'atténuant jusqu'au voisinage de l'épine de l'omoplate. En avant, dans la station assise, les deux premiers espaces sont parfaitement sonores, le troisième absolument mat. Dans la station couchée, le troisième et le quatrième deviennent sonores.

A l'auscultation on ne constate que du silence absolu dans toute l'étendue de la poitrine, même dans la région sonore sous-claviculaire et dans le creux sus-claviculaire. Les vibrations thoraciques sont très affaiblies sans être abolies, sans changement de timbre.

En arrière, la succussion hippocratique ne détermine aucun bruit ; toutefois, à l'extrême sommet, en arrière et surtout sous la clavicule, la succussion détermine encore un bruit hrdyoaérique sourd, peu intense. Une ponction exploratrice faite en arrière a donné issue à un liquide parfaitement séreux.

La sensation de flot est très nette ; elle cesse de se produire quand la percussion a lieu dans la moitié supérieure de la fosse sus-épineuse.

A droite, la sonorité est normale, la respiration ample, supplémentaire, sans râles.

Les battements du cœur sont visibles, à l'épigastre et dans la région du mamelon droit. A la palpation, on sent le choc de la pointe dans la moitié droite de l'épigastre. Le choc de la base présente son maximum dans le troisième espace droit, au niveau du mamelon ; le battement diastolique y est très net à la palpation et à l'auscultation. A la pointe, le premier bruit est plus intense, et le second encore bien perceptible et moins clair qu'à la base.

7 février. — L'état reste à peu près stationnaire, température presque normale. L'ampliation du thorax est considérable. La mensuration dans la station couchée indique 87 centimètres à l'épigastre et 88 centimètres au mamelon. En avant, dans la station couchée, les trois premiers espaces sont sonores et le silence respiratoire absolu. Pas de bruit de pot fêlé, la bouche ouverte. Dans la station assise, le premier espace

seul est sonore, le deuxième absolument mat. En arrière la matité absolue s'arrête à un travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate ; au-dessus, la sonorité est bien conservée.

Silence dans toute la hauteur. La succussion hippocratique donne un bruit perceptible dans la fosse sus-épineuse, très net, quoique peu intense. Ce bruit se propage quelquefois à la partie moyennemais non constamment et n'existe pas à la base. Le flot est très net avec une seul main ; et, à l'exploration avec les deux mains, la percussion, le révèle jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'épine.

Les battements du cœur sont très réguliers, très tranquilles. Le maximum du choc a lieu dans le quatrième espace sous le mamelon. Mais sous le rebord droit de l'épigastre, on perçoit nettement sous les doigts le choc de la pointe brusque, sans claquement diastolique ; tandis qu'au niveau du mamelon, la main perçoit une expansion systolique plus diffuse et un claquement diastolique plus net et plus intense. A l'auscultation, le premier bruit est beaucoup plus intense à l'épigastre, tandis que le second est beaucoup plus intense, au niveau du mamelon où il est dédoublé.

12 février. — Le malade quitte le service parce qu'il se prétend obligé de repartir en Italie avec ses compatriotes rappelés par leur gouvernement.

Badi- geonnages	Dates	Heures	Doses (en gr.)	Tempér. avant	Après 1 h.	Après 2 h.	Après 3 h.
1	6 sept.	3 s.	1	39°9	38°4	38°5	38°8
2	7 —	7 m.	0.50	38.5	37.2	37.5	38.1
3	7 —	3 s.	1	39	38.4	38.6	38.8
4	8 —	7 m.	0.50	37.4	37.6	38.1	
5	8 —	3 s.	1	40.1	38.7	38.9	39
6	9 —	7 m.	0.50	37.8	38	37.7	38.3
7	9 —	3 s.	1	39.4	38.2	38.5	38.7
8	10 —	7 m.	0.50	37.8	37.6	37.8	38
9	10 —	3 s.	1	39.2	39.5	39.9	40
10	11 —	7 m.	0.50	38.2	37.7	37.6	38
11	11 —	3 s.	1	39.2	39.1	39.8	40

Badi- geonnages	Dates		Heures	Doses (en gr.)	Tempér. avant	Après 1 h.	Après 2 h.	Après 3 h.
12	12	—	7 m.	0.50	38.5	38.9	39	38.9
13	12	—	3 s.	1	38.9	38.7	39.3	39.5
14	13	—	7 m.	0.50	37.4	37	37.2	37.3
15	13	—	3 s.	1	39.5	39.1	39.9	40.2
16	14	—	7 m.	0.50	37.6	37.5	37.9	38.6
17	14	—	3 s.	1	39.8	39.5	39.8	40.2
18	15	—	7 m.	0.50	37.8	37.5	37.7	38
19	15	—	3 s.	1	39.2	39.4	39.1	40.1
20	16	—	7 m.	0.50	38.1	37.8	38	38.1
21	16	—	3 s.	1	38.4	38.2	38.4	38.8
22	17	—	7 m.	0.50	37.7	37	33	37.4
23	17	—	3 s.	1	38.8	38.7	39	39.2
24	18	—	7 m.	0.50	37.7	38	37.9	38.1
25	18	—	3 s.	1	38.5	38	37.4	39
26	19	—	7 m.	0.50	37.6	37.2	37.5	37.8
27	19	—	3 s.	1	39.3	39.1	39.1	39.2
28	20	—	7 m.	0.50	37.8	37.4	37.3	37.1
29	20	—	3 s.	1	39.1	39	39.1	39.2
30	21	—	7 m.	0.50	38.2	37.4	37.6	37.9
31	21	—	3 s.	1	38.7	38.9	39	39.2
32	22	—	7 m.	0.50	37.6	37.7	37.9	38.2
33	22	—	3 s.	1	39.2	39.2	39.4	39.6
34	23	—	7 m.	0.50	38	37.9	37.9	38.1
35	23	—	3 s.	1	39.3	39.5	39.7	39.9
36	24	—	7 m.	0.50	38.2	38	38.3	38.5
37	24	—	3 s.	1	38.7	39	38.3	38.5
38	25	—	7 m.	0.50	37.9	38	37.9	38.5
39	25	—	3 s.	1	39.1	39	38.9	39.5
40	26	—	7 m.	0.50	38	37.9	37.7	38.1
41	26	—	3 s.	1	39.2	39.2	39.4	39.5
42	27	—	7 m.	0.50	38	38.5	38.2	38.6
43	27	—	3 s.	1	38.9	39.1	38.4	38.6
44	28	—	7 m.	0.50	38.2	38.3	37.9	38.1
45	28	—	3 s.	1	39.6	39.4	38.3	38.4

Badi- geonnages	Dates	Heures	Doses (en gr.)	Tempér. avant	Après 1 h.	Après 2 h.	Après 3 h.
46	29 —	7 m.	0,50	38,3	38,3	38,1	38,1
47	29 —	5 s.	1	39,3	39,2	38,3	38,5
48	30 —	7 m.	0,50	38,3	38	37,8	38,2
49	30 —	5 s.	1	39,5	38,9	38,4	38,7
50	1 ^{er} oct.	7 m.	0,50	38	37,8	38,1	38,3
51	1 —	5 s.	1	39,7	39,6	38,4	38,8
52	2 —	7 m.	0,50	38,6	38,7	38,7	38,9
53	2 —	5 s.	1	39,6	38,9	38,4	38,7
54	3 —	7 m.	0,50	38,4	37,9	37,7	38
55	3 —	5 s.	1	39	38,3	38	37,8

Injection
d'huile
galaicoolée

1	4 —	7 m.	1cc	38,3	38,6	38,4	38,6
2	4 —	5 s.	1	39,7	38,1	37,5	37,2
3	5 —	7 m.	1	38,7	37,8	37	37,4
4	5 —	5 s.	1	39,9	39	37,1	37,2
5	6 —	7 m.	1	38,9	37,7	37,1	37,5
6	6 —	5 s.	1	40	38,7	37,8	37,9
7	7 —	5 s.	1	38,4	37,5	37,6	38

OBSERVATION XIII

(Hérard, *in Union médicale*, 3^e série, t. XXXI, page 1073.)

P..., dix-sept ans, mécanicien, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 juillet 1880. Mère morte d'une affection de poitrine, père tuberculeux. L'oreille droite suppure depuis l'âge de trois à quatre ans. A partir de mai 1880 : toux, expectoration muco-purulente. Perte des forces et de l'appétit, sueurs, diarrhée.

15 juillet 1880. — Fièvre hectique, sueurs nocturnes, diarrhée, amaigrissement, toux, crachats verdâtres. Sommet droit : respiration soufflante, quelques râles sous-crépitaux. Sommet gauche : souffle caverneux, gargouillement. Submatité à droite, matité à gauche. Même état jusqu'au 10 août.

10 août. — Douleur vive au côté gauche, oppression extrême. On constate à gauche : tympanisme en haut, matité en bas, souffle et voix amphoriques, tintement métallique, bruit d'airain, abolition des vibrations, succussion hippocratique. Etat général alarmant : fièvre vive, diarrhée, œdème des jambes. La terminaison fatale paraît imminente.

Fin septembre. — Amélioration progressive : la dyspnée, la toux, l'expectoration diminuent beaucoup. Appétit. Sommeil. Le malade reprend des forces. Mêmes signes stéthoscopiques, moins le souffle amphorique et le tintement métallique. Le malade se lève et se promène. Il se trouve tellement bien qu'il quitte le service.

OBSERVATION XIV

(Curie, *in th. Vigier*, obs. II.)

X. voyageur de commerce, présente tous les symptômes de la tuberculose. Le 7 août, apparition du pneumothorax. Le 9, amélioration. En septembre, l'épanchement apparaît.

18 septembre. — L'air est presque complètement remplacé par du liquide. A la fin du même mois, le liquide commence à se résorber, le foie refoulé remonte.

Le malade va beaucoup mieux. Au bout de quelques jours, il se trouve si bien qu'il part à la campagne.

OBSERVATION XV

(Czernicki, *in* th. Toussaint, obs. VI.)

M..., trente-deux ans, soldat, entre au Gros-Cailrou le 5 mai 1869. Malade depuis dix-huit mois.

5 mai. — Signes de tuberculose au 3^e degré: gargouillement, souffle caverneux énorme, bruits métalliques au sommet gauche, râles sous-crépitants à droite. Crachats purulents, maigreur, sueurs, fièvre hectique, dyspepsie.

20 mai. — Douleur à gauche, suffocation: apparition d'un pneumothorax. Pendant quatre jours le malade est à la mort, puis lentement et contre toute attente, on le vit se relever. La dyspnée s'apaise, la fièvre disparaît, l'appétit revient.

30. — On note tous les signes de l'hydropneumothorax. Bruit de flot, cœur dévié à droite, quelques râles au sommet.

Son état général s'améliore de jour en jour. L'appétit devient excellent, la fièvre et les sueurs cessent. L'expectoration devient parcimonieuse et glaireuse.

Le malade renaissait à l'espérance, sa maigreur disparaissait, il ne se croyait plus poitrinaire.

Mais au mois d'août: dyspnée, épanchement à droite qui augmente et enlève le malade le 29 août.

OBSERVATION XVI

(Grisolle, *in* th. Toussaint, obs. V.)

N... (Elise), vingt et un ans, était depuis longtemps à l'Hôtel-Dieu, soignée pour tuberculose. Trousseau l'ayant examinée par

hasard, trouva tous les signes du pneumothorax à gauche : sonorité tympanique, flot, souffle amphorique, tintement métallique doux. Fièvre prononcée.

Septembre 1864. — Disparition complète du souffle amphorique.

Octobre. — L'embonpoint revient; la malade quitte l'hôpital. On constate à sa sortie : matité étendue, succussion, pas de souffle amphorique.

Novembre. — Elle revient à l'hôpital. Elle avait beaucoup gagné au point de vue de l'état général. Mêmes signes physiques qu'en octobre.

Février. — Le bruit de flot disparaît. La malade, qui depuis longtemps prend de l'huile de foie de morue, a un embonpoint marqué.

4 mars. — Elle repart. Sa santé générale semble très bonne, pas d'oppression, même pendant la marche. La respiration, normale à droite, ne s'entendait que dans la moitié supérieure à gauche, la moitié inférieure rendait un son mat à la percussion, on n'y entendait pas le murmure vésiculaire.

CHAPITRE III

Etude des cas suivis de guérison.

Chez 6 de nos 22 malades, on a noté la guérison complète (obs. XVII à XXII). Nous avons cru bon de mettre dans ce chapitre l'observation de Béhier (obs. XXII), dont le malade, parti complètement guéri de l'hôpital, succomba trois mois après d'une pneumonie qui n'avait, suivant l'auteur, rien de commun avec son pneumothorax.

Tous ces malades sont des hommes. Sur ces 6, 3 ont dépassé trente ans ; chez 2, l'âge n'est pas indiqué. A part le malade de Woillez guéri en trente-sept jours (obs. XVII), les autres firent un séjour de « plusieurs mois » à l'hôpital.

Quant au début de la tuberculose, on a négligé de le noter dans 3 observations ; dans les trois dernières, il est reporté à deux ans, mais cela d'une façon très relative.

Une seule fois on a connu la nature de l'épanchement à la suite d'une ponction, il était séreux. Nous ferons

remarquer que, dans les 5 autres cas, on n'a pas évacué la plèvre.

Trois fois le pneumothorax siégeait à gauche, et trois fois à droite. Il ne semble donc pas que le côté de l'épanchement ait une influence spéciale sur le pronostic de l'affection, bien qu'on ait noté dans presque tous les pneumothorax gauches un refoulement considérable du cœur à droite. Cinq fois le début a été brusque, une seule fois insidieux.

A leur sortie de l'hôpital, tous ces malades, qui, quelque temps auparavant, étaient dans une situation très précaire, présentaient un état général excellent. Dans les observations, on relate que la fièvre a cessé, l'appétit et les forces sont revenus, plusieurs de ces malades *travaillaient pour vivre*.

Quant à l'examen du thorax, les signes de l'épanchement hydro-aérique ont disparu. Dans l'observation de Béhier seule (obs. XXI), on indique au sommet droit « un petit timbre amphoro-métallique de la voix et de la toux ».

Il est bien évident que la cause du pneumothorax persiste; dès lors, il n'est pas étonnant qu'elle apparaisse à l'auscultation : c'est ainsi qu'on entend une respiration rude du sommet, du souffle du sommet, des frottements pleurétiques. Mais cela n'empêche pas les anciens malades d'aller à merveille.

Résumé synoptique des Observations du chapitre III

Nom de l'Auteur	Nom et âge du malade	Durée antérieure de la tuberculose	Durée de la maladie	Termi- naison	Nature de l'épanche- ment
Obs. XVII. Woillez, <i>in th.</i> Toussaint, obs. I.	L..., 32 ans	»	2 août 1852 7 sept. 1852 37 jours	Guérison complète	»
Obs. XVIII. Germain Sée, <i>in th.</i> Tonssaint, obs. XVIII.	X...	»	13 déc. 1879 29 fév. 1880 2 mois 1/2	Guérison	»
Obs. XIX. Banks, Dublin quartely journal of me- dical science, 1856.	»	»	plusieurs mois	Guérison	»
Obs. XX. Vigier, <i>in th.</i> Toussaint, obs. XIV.	Hourcade 35 ans	2 ans	plusieurs mois	Guérison	séreux
Obs. XXI. Béhier, <i>in clin.</i> Béhier.	Dauphin 38 ans	2 ans	20 sep. 1836 janvier 1837 117 jours	Le mala- de va par- faitement.	»
Obs. XXII. Béhier, <i>in</i> clin. Béhier.	Clichy 23 ans	2 mois 1/2	2 mois 1/2	Guérison complète (mais som- met droit suspect). Il meurt 3 m. après d'une pneumonie.	»

OBSERVATION XVII

(Woillez, *in* Clin. de Béhier.)

Le nommé L..., trente-deux ans, ouvrier compassier, entre à l'Hôtel-Dieu le 4 août 1852. Il a eu plusieurs parents tuberculeux, Bonne santé jusqu'en juillet 1852. A ce moment: hémoptysie, anorexie, amaigrissement, perte des forces, douleurs vagues vers les deux clavicules, toux. Le 2 août, douleur vive au voisinage du mamelon gauche, dyspnée, fièvre, décubitus latéral droit impossible. Tous les signes du pneumothorax: bruit de flot, succussion hippocratique, matité, absence de vibrations thoraciques, côté gauche élargi (2 centimètres). Sonorité exagérée en haut — ni amphorisme, ni tintement métallique.

Une application de ventouses scarifiées fait disparaître la douleur, la dyspnée, la fièvre tombe et trente jours après le début de l'affection, l'épanchement a disparu. La succussion n'avait persisté que huit jours.

Le 7 septembre, le malade quitte le service. Il avait été malade trente-sept jours. On ne percevait qu'une respiration dure sous la clavicule gauche.

On apprit plus tard que la santé de ce malade se maintenait.

OBSERVATION XVIII

(Germain-Sée, *in* th. Toussaint, obs. XVIII.)

X., entre à l'hôpital le 15 décembre 1879. Depuis quelque temps il tousse, crache, a perdu ses forces, plusieurs hémoptysies assez légères.

Le 13 décembre précédent, douleur vive au mamelon gauche, dyspnée considérable. On constate tous les signes du pneumothorax; voussure, sonorité exagérée en haut, à gauche, matité en bas; souffle,

toux et voix amphoriques, succussion hippocratique, bruit d'airain. Aux sommets: respiration soufflante, léger réentissement de la voix.

Traitement: deux injections de morphine de 1 centimètre. Toniques.

Quatre jours après la douleur a disparu, la dyspnée diminue, l'épanchement augmente.

Trente jours après (15 janvier) le liquide atteint l'épine de l'omoplate, le souffle amphorique se perçoit difficilement. Le liquide reste stationnaire pendant dix jours sans incommoder le malade, qui a un état général excellent, puis il baisse un peu (1^{er} février), progressivement. Le 15 février il ne reste plus de signes d'hydro-pneumothorax; quelques frottements pleurétiques seulement. Le malade, quinze jours après, sort entièrement guéri. Il ne présente aucun signe de nouvelle poussée tuberculeuse. Son pneumothorax avait duré deux mois et demi.

OBSERVATION XIX

(Banks, *Dublin quarterly journal of medical science.*)

Banks rapporte l'histoire d'un malade, peintre en bâtiments, phtisique, qui fut atteint il y a trois ans, de pneumothorax à gauche. Après plusieurs mois de traitement, le malade, parfaitement guéri, quitta l'hôpital (juin 1852) et reprit son travail. Pendant trois années, il jouit d'une santé parfaite, bien que ses occupations le tinssent constamment exposé aux intempéries.

Dernièrement il rentre à l'hôpital. Banks constate une nouvelle poussée de tuberculose et un nouveau pneumothorax qui emporte le malade.

OBSERVATION XX

(Vigier, citée en 1873, *in th.* Toussaint, 1880, obs. XIV.)

H..., trente-cinq ans, infirmier. Bonne santé habituelle. Tousse

depuis la guerre de 1870-1871. Depuis le 27 juillet 1871 : douleurs en avant de la poitrine, expectoration muco-purulente, essoufflement, fatigue, amaigrissement. Emphysème des poumons, râles muqueux des deux côtés.

Sorti de l'hôpital le 18 août, il souffre toujours, fait mal son service, hémoptysie abondante; point douloureux persistant dans le côté droit.

Dans les premiers jours d'avril, en l'examinant par hasard, on trouve un hydro-pneumothorax qui s'était établi silencieusement : voussure, absence de vibrations, matité à droite, souffle rude amphorique, tintement métallique, succussion.

Première ponction : On retire 2500 grammes de liquide séreux.

Dix jours après, deuxième ponction : On retire 3500 grammes de liquide séreux. Disparition de la matité, du tympanisme, du tintement métallique, du souffle amphorique. Le murmure vésiculaire reparait.

Amélioration progressive. Guérison. Aujourd'hui, l'ancien malade travaille pour vivre.

OBSERVATION XXI

(In Clin. de Béhier.)

D..., trente-huit ans, tailleur de pierres. Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires. Toux chaque hiver. En 1834, hémoptysies répétées. En juin 1836, sueurs nocturnes, douleurs vagues dans la poitrine. Le malade traîne jusqu'au 20 septembre 1836. Ce jour-là, toux violente, douleur vive dans le côté droit, dyspnée.

Une application de sangsues le soulage.

25 septembre. — Toux, nouvelle douleur violente au même niveau.

27 septembre. — Il entre à l'hôpital. Aspect lymphatique; fièvre, anorexie, pas de diarrhée, rien au cœur. A droite : douleur, tympanisme, bruit métallique, matité dans les deux tiers inférieurs, souffle amphorique, abolition des vibrations, glou-glou

métallique; côté droit plus développé que le gauche. Expectoration verdâtre.

On applique des ventouses sèches et quelques vésicatoires volants.

De l'entrée au 6 novembre, les signes caractéristiques de l'épanchement se prononcèrent de plus en plus haut, refoulant en quelque sorte les signes de l'existence d'une collection gazeuse vers la partie supérieure de la poitrine. La fièvre fut assez vive à un moment, la diarrhée se montra de temps en temps ainsi que les sueurs nocturnes. Quelques craquements à timbre métallique furent constatés vers le sommet droit. Les forces diminuèrent.

6 novembre. — Amélioration, le malade se lève, se promène.

29 décembre. — Diminution des signes de l'épanchement, matité en bas, mais on entend la respiration. Pas d'amphorisme. Au sommet droit, petit timbre amphoro-métallique de la voix et de la toux.

Janvier 1837. — Le malade va parfaitement. Il quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXII

(In Clin. de Béhier.)

C..., vingt-trois ans, parfumeur. Dès l'âge de quinze ans, palpitations, souffle au premier temps, cœur gros. Depuis deux mois et demi l'appétit diminue, amaigrissement, petite toux sèche; pas d'hémoptysie, ni diarrhée, ni sueurs.

Il y a huit jours, douleur vive sous le mamelon droit, dyspnée, toux sèche, fièvre.

Il entre à l'hôpital le 19 mars 1862. On constate : matité dans les deux tiers inférieurs à droite, absence des vibrations, fièvre, sonorité en haut, souffle et voix amphoriques, tintement métallique, râles au sommet. Pas de fluctuation métallique, toux sèche (sp. diacode, vésicatoire à droite, bouillon).

27 mars. — La fièvre diminue, le malade demande à manger,

le tintement métallique a à peu près disparu. Il reparait un peu le 30. La fièvre continue à décroître.

10 avril. — Les phénomènes amphoriques et métalliques ont disparu, l'apyrexie est à peu près complète. Appétit bon.

15 avril. — Vésicatoire.

17 avril. — Pas de fièvre.

23 avril. — Le murmure vésiculaire s'entend dans l'éloignement, le malade reprend des forces ; des craquements persistent cependant au sommet droit, pas de diarrhée, peu de toux.

27 avril. — Le murmure vésiculaire a reparu partout.

5 mai. — État général excellent, le murmure vésiculaire s'entend dans toute la poitrine, mais moins prononcé dans la moitié inférieure droite. Quelques râles sont perçus encore au sommet. Plus de phénomène métallique.

9 mai. — Plus d'épanchement, pas de fièvre. Santé générale très bonne.

15 mai. — Le malade sort. Il pourrait être considéré comme guéri entièrement, si le sommet droit ne restait très suspect. (Le malade est mort trois mois plus tard, d'une pneumonie, sans aucun signe de nouveau pneumothorax.)

CHAPITRE IV

Traitement.

Que faire, en présence d'un pneumothorax survenu chez un tuberculeux ? Nous diviserons la question en deux paragraphes, suivant qu'on se trouve au début de l'affection, ou à la période d'état ; nous nous étendrons davantage sur la seconde partie.

Au début, le point de côté et la dyspnée seront calmés par les injections de morphine, les ventouses scarifiées *loco dolenti*, toute la série des révulsifs, les inhalations d'oxygène. La ponction, à cette période n'est indiquée, suivant Debove, que lorsque l'asphyxie ou la syncope deviennent imminentes. Béhier la jugeait inutile ; pour Gaillard, au contraire, elle a soulagé beaucoup de malades. Rappelons ici, que M. Bouveret, de Lyon, a proposé d'établir une fistule thoracique à l'aide d'un fin trocart maintenu par une ceinture élastique et recouvert d'un pansement antiseptique. On ne doit pas non plus oublier de

surveiller le cœur : s'il faiblit, les injections d'éther ou de caféine donnent de bons résultats.

Mais passons à la période d'état. Le tableau présenté par le malade est bien caractéristique : la fièvre oscille autour de 38 degrés quelquefois, elle est plus élevée, les fonctions digestives sont profondément altérées, des sueurs profuses inondent le malade pendant la nuit, les forces ont considérablement diminué la respiration est précaire, encore plus embarrassée pendant les mouvements ; du côté du poumon, on trouve tous les signes d'un épanchement hydro-aérique, le cœur est plus ou moins refoulé à droite ; que faire ?

Les moyens thérapeutiques ne manquent pas. Nous allons exposer tous ceux qui ont été préconisés en semblables circonstances.

Suivant Debove et Achard ¹, quand l'épanchement est purulent ou putride, il est nécessaire d'intervenir promptement, il n'y a pas à hésiter : la collection intra-pleurale, comme toute autre collection purulente, exige un traitement actif.

Pothin ², dominé par cette idée, chère également à Béhier, que la compression du poumon, en diminuant l'afflux sanguin, était défavorable au développement des tubercules, et que, d'autre part, l'air se résorbait mieux que les liquides, remplaçait à l'aide d'un dispositif ingénieux, le liquide, au fur et à mesure de son extraction, par de l'air stérilisé.

¹ *Manuel de médecine.*

² Des inject. intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanch. pleuraux consécutifs au pneumothorax (*Bullet. médic.* 1888, p. 555.)

Certains médecins, pensant que l'épanchement, d'abord séreux et aseptique, devenait purulent à une époque indéterminée, firent des injections antiseptiques dans la cavité pleurale; Renaut injecta une solution de sublimé, Moizard de la teinture d'iode iodurée ¹. D'autres employèrent l'acide borique, l'acide salicylique, etc... Les résultats furent inconstants. La difficulté qu'on éprouve parfois à tarir la suppuration d'une plaie extérieure montre bien tous les aléas de cette méthode, alors que les surfaces à antiseptiser sont si difficiles à atteindre, et qu'il faut user d'une prudence extrême quand il s'agit de mettre sur une séreuse un médicament le plus habituellement toxique qui peut amener des accidents pires que la maladie, ce qui oblige à n'employer du médicament actif qu'une dose qui sera sans action sur les microbes.

Un autre moyen préconisé consiste à donner issue au liquide purulent. Il y a plusieurs moyens d'arriver à ce résultat, d'abord la thoracentèse. On ne peut guère atteindre la guérison d'une seule ponction; même avec des ponctions successives les résultats n'ont pas toujours été merveilleux. Nous ferons cependant une exception quand nous parlerons de la manière de faire de M. le Dr Bard.

La pleurotomie, la résection costale (opération d'Estlander ou mieux de Gayet-Létiévant), en permettant de faire des lavages copieux de la cavité pleurale après l'avoir débarrassée du pus qui la remplissait soit avec le siphon, soit avec les injections d'eau salée à 30 pour 100 de Potain, ne donnèrent que des résultats médiocres.

En 1891, Quénu² substitue à la résection costale un

¹ Galliard, *Le Pneumothorax*.

² Académie de méd., 1891.

procédé de thoracoplastie : mobilisation d'un plastron thoracique en réséquant un petit fragment osseux aux extrémités de chaque côté. Théoriquement, cette manière de faire, en amenant l'accolement des parois de la plèvre devait amener le tarissement de la suppuration ; malheureusement, il y a loin de la théorie à la pratique.

Galliard, dans son ouvrage *le Pneumothorax* conseille de ne vider la plèvre que lorsque la fistule est fermée, mais il ne donne pas les signes de cette occlusion. On a bien dit que dans le pneumothorax fermé, l'analyse des gaz montre une quantité plus grande d'acide carbonique. Mais ce phénomène a-t-il une grande valeur ? Ne peut-il pas se faire que dans un pneumothorax ouvert, la fistule soit d'une dimension telle ou placée de telle façon que l'air atmosphérique ne se mélange qu'en faible quantité avec les gaz intra-pleuraux, déterminant ainsi une accumulation de CO².

Leyden (1890), Merklen, Richardière, Guttman, obtinrent d'abord quelques succès avec la thoracotomie, mais ils furent bientôt découragés par des échecs répétés.

En quelques mots, le traitement du pneumothorax tuberculeux prolongé doit être un traitement symptomatique, on ne doit agir que dans des conditions bien précises. On doit tout d'abord se poser la question suivante : Quelle est la nature de l'épanchement ? Il est bien facile de le savoir avec une seringue de Pravaz, la petite piqûre qu'elle occasionne n'est pas douloureuse et l'asepsie met le malade à l'abri de tout danger. On peut trouver trois sortes d'épanchement : 1° un épanchement *séreux* ; 2° un épanchement *purulent* ; 3° un épanchement *graisseux*

caractérisé par une multitude de granulations de graisse dans les globules blancs.

S'agit-il d'un épanchement *séreux*, la conduite à tenir sera la même que dans la pleurésie chronique, non seulement les ponctions successives soulagent le malade, mais avec ce moyen thérapeutique, on peut espérer la guérison. Telle est la manière de faire de M. le D^r Bard.

Quant aux épanchements purulents, les thoracentèses répétées, la pleurotomie et toutes les autres méthodes sont des pis-aller, ce sont des moyens palliatifs, rien de plus, et M. Bard n'est disposé à les employer que quand il y a indication urgente. Il ponctionna trois fois un de ses malades, il s'agissait bien alors d'une opération d'urgence : à la dyspnée s'était joint un œdème non inflammatoire, non douloureux de la paroi thoracique et de la face, particulièrement des paupières. La même indication s'étant représentée trois fois, il renouvela trois fois la thoracentèse, mais il nous disait que, sans cet œdème étendu, il ne l'aurait pas fait.

Il n'en est pas de même des épanchements *graisseux*. Dans sa longue pratique, M. Bard a vu qu'ils se comportaient absolument comme les épanchements séreux, et il leur applique le même traitement : les ponctions successives destinées à tarir le liquide.

Chez tous les tuberculeux à pneumothorax, il faut également surveiller avec soin l'état général. Ces malades mangent mal, ont de la fièvre, logent dans leur organisme le bacille de Koch, aussi les antipyrétiques, les toniques (huile de foie de morue, arsenic, sels de chaux), et les spécifiques (créosote, gaiacol, iodoforme), trouvent parfaitement ici leur indication.

CONCLUSIONS

I. Le pneumothorax présente parfois chez les tuberculeux, après l'apaisement des accidents primitifs, une marche lente et prolongée.

II. La forme prolongée du pneumothorax est beaucoup plus rare que son aggravation progressive, son début est ordinairement brusque comme dans les formes ordinaires, il a été observé quinze fois sur dix-neuf cas.

III. Le pneumothorax prolongé semble se rencontrer plus souvent chez l'homme que chez la femme, plus souvent à l'âge adulte. Il paraît plus fréquent à gauche sans que le côté affecté ait beaucoup d'influence sur le pronostic.

IV. La forme prolongée du pneumothorax constitue un type clinique spécial; l'épanchement peut rester séreux, le plus souvent il est purulent quelquefois il devient graisseux.

V. Les formes séreuses ou graisseuses peuvent guérir.

VI. La thérapeutique peut varier suivant la nature de l'épanchement. Dans les formes purulentes, on doit se contenter de ponctions palliatives indiquées par les phénomènes d'urgence, développement exagéré du thorax, dyspnée extrême, œdème par compression, refoulement du cœur. Les formes séreuses ou graisseuses doivent être combattues par les ponctions partielles méthodiquement espacées; celles-ci permettent une longue survie et peuvent parfois devenir *curatives*.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
MAYET.

Vu, bon à imprimer.

LE DOYEN,
LORTEF

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Hérard, *Union médicale*, t. XXXI, 3^e série, p. 1073.
- Toussaint, Thèse de Paris, 1880, juillet.
- Galliard, *Le Pneumothorax* (bibliothèque Charcot-Debove).
- Béhier, *Cliniques médicales*.
- Wurtzburger, *Medizinische Zeitschrift*, t. I, 1861. — *Bulletin des hôp.*, t. II, p. 339. — *Archives de médecine*, 1853, t. II, p. 676.
- Debove-Achard, *Manuel de médecine*.
- Banks, *Dublin quartely journal of medical science*, 1856.

